UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 230

Contribution à l'Etude de la Vaginite à Trichomonas : Essais de Traitement

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

PAR

Jacqueline LE PETIT-SAMIE

Diplômée de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports

née à TALENCE (Gironde), le 22 mai 1925

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSÉ, Professeur..... *Président*

RIVIÈRE, Professeur ..... *Juges*

MAHON, Agrégé..... *Juges*

PAUTRIZEL, Maître de conférences Agrégé..... *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1953

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 230

Contribution à l'Etude de la Vaginite à Trichomonas : Essais de Traitement

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 31 Juillet 1953

PAR

Jacqueline LE PETIT-SAMIE

Diplômée de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports

née à TALENCE (Gironde), le 22 mai 1925

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSÉ, Professeur.....	*Président*	
RIVIÈRE, Professeur	*Juges*	
MAHON, Agrégé.....	*Juges*	
PAUTRIZEL, Maître de conférences Agrégé	*Juges*	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1953

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, L. CHELLE
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. R. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES. LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	CREYX.
id.	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose.	PIÉCHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	N.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.
Anatomie pathologique	LÉGER.
Anatomie	RIGAUD.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
id.	QUILICHINI.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX
Biochimie médicale	NEUZIL.
Pathologie expérimentale	FAURE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LÉVY.
id.	LAVIGNOLLE.
id.	MORETTI.
Chirurgie générale	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
id.	VILLAR.
id.	TINGAUD.
id.	DEPAULIS.

	MM.
Obstétrique	CHASTRUSSE.
id.	FAUGÈRE.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	BENOIT
Urologie	LANGE.

AGRÉGÉ LIBRE:

M. MAHON (Obstétrique)

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	CHASTRUSSE.
Puériculture	VERGER.
id.	PÉRY.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Obstétricie Sociale	MAHON

	MM.
Anatomie	CABANIÉ
Cryptogamie	LAUBIE.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE.
Chimie analytique	BABIN.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.

Le Secrétaire Principal de la Faculté : M. ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Je dédie cette thèse.

A MA MÈRE

A MON MARI

A NOTRE FILS

A MA GRAND'MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES BELLES-SŒURS - A MES BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE - A MA TANTE

A TOUS MES AMIS

Au Docteur D. PERRIN

Qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'accueil amical qu'elle nous a toujours réservé.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur PAUTRIZEL

Maître de Conférences Agrégé
Docteur ès Sciences
Chef de Laboratoire du Centre
de Prophylaxie Antivénérienne
Croix de Guerre
Officier d'Académie

Monsieur le Professeur Agrégé MAHON

Médecin accoucheur des Hôpitaux
Officier d'Académie

Monsieur le Professeur RIVIÈRE

Professeur de Clinique d'Accouchements
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique
Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur MASSÉ

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Membre du Comité Français de l'Association Internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre de la Santé
Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le grand honneur de présider la soutenance de cette thèse. Qu'il nous soit permis, ici, de lui exprimer notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Nous nous proposons, dans cet ouvrage, de faire une brève étude de la vaginite à trichomonas, affection longtemps méconnue, que les livres de gynécologie mentionnent à peine.

Cependant, au cours de la recherche bibliographique, nous avons pu constater, d'après les pourcentages relevés, combien est fréquente cette vaginite provoquée par le parasite.

Après une rapide revue historique de cette affection, nous étudierons les principales caractéristiques de l'agent pathogène.

Puis, nous décrirons la symptomatologie que revêt cette vaginite.

Nous verrons ensuite les méthodes de diagnostic qui permettent de détecter le parasite.

Nous rapporterons, dans un chapitre, les divers facteurs étiologiques qui sont invoqués et les explications pathogéniques que l'on peut donner.

Enfin, nous parlerons des différents traitements qui ont été proposés et, dans une étude plus objective, nous rapporterons les essais de traitements et les résultats obtenus dans le service de gynécologie de M. le Professeur MASSÉ et chez les malades du Docteur Denyse PERRIN.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur L. Massé de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et de nous en avoir donné le sujet.

Nos remerciements vont également au Docteur Denyse Perrin qui nous fit profiter de son expérience et nous confia les observations de ses malades. Nous conserverons le souvenir de son accueil toujours bienveillant.

HISTORIQUE

Bien que décrit pour la première fois en 1836 par un Français, DONNÉ, le trichomonas vaginalis ne suscita pas l'intérêt que l'on doit lui reconnaître actuellement.

Notamment en France, les mémoires s'y rapportant sont rares. Il faut attendre 1932 pour que VIGNES fasse une publication au sujet de la fréquence du trichomonas vaginalis dans les leucorrhées.

La même année, RIFF attire l'attention sur le rôle de ce parasite en gynécologie.

En 1855, KOLLIKER et SCANZONI signalent qu'ils ont rencontré le trichomonas vaginalis très fréquemment dans les sécrétions vaginales. Déjà SCANZONI déclarait n'avoir jamais trouvé de trichomonas dans un mucus tout à fait normal, mais il pensait que l'apparition du trichomonas était secondaire à l'altération des produits de la sécrétion vaginale.

En 1883, KUNSTLER, à Bordeaux, rencontre le trichomonas vaginalis dans les voies urinaires.

Trois ans plus tard, HAUSMAN le trouve très souvent dans les affections gynécologiques et chez les femmes enceintes.

En 1909, BENSEN distingue les variétés *vaginalis* et *intestinalis*, et en fait des formes spécifiques.

Brumpt signale le parasite chez 10 % des femmes examinées.

Lynch, en 1915, étudie le milieu de culture.

C'est en 1916 que Hoehne décrit la vaginite aigüe, causée par le trichomonas et en fixe les principaux symptômes : leucorrhée profuse. spumeuse, purulente, blanc jaunâtre, irritante, accompagnée de prurit.

Si certains auteurs avec Falls, Hibbert, Allen pensent que le trichomonas doit son rôle pathogène à un streptocoque particulier, si d'autres pensent qu'il ne devient pathogène qu'en association avec d'autres germes, c'est néanmoins depuis les travaux de Hoehne que l'intérêt des gynécologues pour le trichomonas devient sans cesse grandissant.

Non seulement on trouve avec une fréquence insoupçonnée le parasite dans les vaginites, mais il est aussi rendu responsable d'urétrites, de salpingites (Wagner, Rodecurt, Tempe, Hees).

Schimd et Kammiker, en 1926, donnent des statistiques montrant la très grande fréquence du trichomonas vaginalis dans les flueurs.

Nous citerons les mémoires de Lee (1920) et Greenhill (1928) sur la vaginite à trichomonas.

Les travaux de Rodecurt, en 1934, ne permettent plus de mettre en doute le rôle pathogène du trichomonas, rôle non reconnu encore par certains auteurs.

Rodecurt réussit non seulement la culture pure du trichomonas vaginalis qui avait déjà été réalisée par Davis et Colwell, mais il provoque une vaginite typique par ensemencement de cette culture dans un vagin sain.

Kissling, après Rodecurt, pratique et préconise l'examen, à l'état frais, des sécrétions purulentes pour rechercher le parasite.

Le trichomonas vaginalis est également trouvé dans les sécrétions urétrales et les urines de l'homme (CAPEK, RIBA, NITSCHKE, MORENAS).

Les travaux et recherches sur le trichomonas se multiplient.

Les Allemands, avec RODECURT, HEES continuent à s'intéresser au « trichomonas problem ».

Les Tchèques, avec JIROVEC et PETER, mettent au point des traitements.

En Amérique, JOHNSON, TRUSSEL, GREENHILL, BLAND, GOLSTEIN, WENRICH publient leurs travaux et leurs recherches.

En Argentine, PEREZ et BLANCHARD essaient un traitement.

Au Brésil, FILHO prépare un vaccin.

Les auteurs soviétiques ROBATCHEVSKI, LEVINSON, BACHEEV donnent leurs directives de traitement.

En France, après les premières publications, de VIGNES et de RIFF, les gynécologues s'intéressent à cette affection.

BURGER, MICHON-ADJOUBEL, VAYSSIÈRE et, plus récemment, STEPHANOVITCH, TRIBALET rendent compte de leur expérience personnelle.

CHAPPAZ et CHATELLIER font une revue des travaux faits sur la vaginite à trichomonas et donnent leur traitement.

LAFFONT, MANDOUL, PESTRE indiquent leur thérapeutique.

L'école bordelaise, déjà illustrée sur cette question par KUNSTLER, voit actuellement avec intérêt les études de PAUTRIZEL sur le trichomonas, l'étude de MOUYADE sur la trichomonose humaine, les communications et les rapports de L. MASSÉ et D. PERRIN sur l'origine et le traitement de la vaginite à trichomonas.

L'AGENT PATHOGÈNE

Le trichomonas vaginalis est un protozoaire de la classe des Flagellés, de la famille des Trichomonadidés, de l'espèce Vaginalis.

Morphologie

La morphologie et les dimensions de ce protiste sont très variables.

On peut voir des trichomonas vaginalis de forme ronde, ovale, piriforme, fusiforme et ses dimensions varient de 10 à 20 μ pour la longueur et de 7 à 15 μ pour la largeur.

Cependant la forme la plus communément rencontrée est la forme ovoïde-piriforme, l'extrémité antérieure du parasite étant plus large et plus renflée que l'extrémité postérieure. De l'extrémité antérieure se détachent 4 flagelles dont la longueur est à peu près égale à celle du corps.

Une membrane ondulante occupe l'un des bords du parasite sur la moitié de sa longueur. Le bord adhérent au cytoplasme est plus court que le bord libre.

Un axostyle traverse de part en part le parasite dans le sens de la longueur et se termine par une portion extra-protoplasmique amincie. L'axostyle est situé du côté opposé à la membrane ondulante par rapport au noyau.

Un autre organe de forme semi-lunaire est situé près du noyau, c'est le corps para-basal.

Ces différentes formations : flagelles, axostyle, membrane ondulante et corps para-basal prennent naissance au niveau d'un corpuscule de petites dimensions appelé Blépharoplaste.

Au niveau du Blépharoplaste, il y aurait un cytostome ou bouche primitive.

Le noyau mesurant 6 à 7 μ, situé au pôle antérieur vers la périphérie est formé de grains de chromatine.

Le cytoplasme n'est pas homogène, parsemé de grains de chromatine et de vacuoles.

Cette forme décrite est la forme végétative, flagellée, mobile que l'on trouve dans les sécrétions vaginales ou urétrales de l'infection aiguë.

Il existe deux autres formes du parasite.

Ces formes se verraient lorsque le trichomonas ne trouve pas des conditions optima de vie :

a) *La forme amiboïde* où le trichomonas a perdu ses flagelles. On rencontrerait cette forme dans les localisations hautes de l'infection sur le tractus génital. Grâce aux pseudopodes qu'il émet, le trichomonas peut se mouvoir. Ce serait une forme d'adaptation (MICHON-ADJOUBEL).

b) *La forme ronde de Lynch ou annulaire de Hogue.* Immobile, sans flagelles ; cette forme s'observe lorsque le milieu devient défavorable au développement du trichomonas.

Certains voient dans ces modifications morphologiques une tendance du parasite à prendre une forme pseudo-kystique. Cette forme de résistance serait capable de redonner la forme végétative lorsque les conditions du milieu redeviennent favorables.

C'est ainsi que DOBELL (43), en repiquant des formes arrondies sur milieu neuf à 37°, obtient une riche culture.

MANDOUL, PAUTRIZEL et DARGELOS (111) voient aussi dans la forme arrondie une forme de résistance assimilable aux kystes.

BRUMPT et TEMPE ne reconnaissent pas l'existence de formes kystiques.

Tandis que BLAND, en 1932, voit dans les pseudo-kystes une forme de dégénérescence du protiste.

A côté du trichomonas vaginalis, deux autres trichomonadidés sont parasites de l'homme : le *T. intestinalis* ou *hominis* et le *T. buccalis.*

Bien que certains pensent, avec NEVEU-LEMAIRE, que les trois espèces de trichomonas pathogènes de l'homme et de la femme ne sont en réalité que les formes variées à habitat différent d'une même espèce, les caractères morphologiques de chaque espèce sont nets et permettent de les différencier :

— Les trichomonas buccalis et intestinalis sont plus petits ;

— Le trichomonas buccalis est arrondi ;

— Le trichomonas intestinalis est plus piriforme.

Le nombre des flagelles n'est pas absolument constant. Le plus souvent, il est de cinq pour le trichomonas intestinalis, de quatre pour le trichomonas vaginalis et le trichomonas buccalis.

L'appareil para-basal est absent chez le trichomonas intestinalis.

La membrane ondulante qui n'occupe que le tiers de la longueur du parasite chez le trichomonas vaginalis, s'étend sur les deux tiers du corps du trichomonas buccalis et occupe toute la longueur du trichomonas intestinalis.

La clinique montre que ces trois espèces différentes morphologiquement, ne peuvent pas, selon le milieu dans

lequel elles vivent, se transformer en l'une ou l'autre espèce.

En effet, STABLER (168) essaya en vain de déterminer une vaginite en inoculant par voie vaginale des trichomonas buccalis à des femmes saines, alors que l'inoculation de trichomonas vaginalis donnait une vaginite typique.

ALLEN et BUTLER, pratiquant des rectoscopies, ne trouvent pas de trichomonas intestinalis chez des femmes atteintes de vaginite à trichomonas vaginalis. Ces auteurs rencontrèrent plusieurs cas d'infection intestinale à trichomonas intestinalis sans qu'il y ait de vaginite concomitante.

LOCOMOTION.

Les flagelles et la membrane ondulante assurent le déplacement du parasite. « La membrane ondulante se trouve toujours située du côté où elle a le plus libre jeu dans le liquide » (CHAPPAZ-CHATELLIER).

Parfois le protoplasme émet des pseudopodes qui font progresser le parasite, notamment lorsque le mouvement des flagelles est gêné par la viscosité du milieu.

NUTRITION.

La présence d'un cytostome fait penser à cette voie pour la nutrition du parasite. Selon certains, les flagelles serviraient aussi à véhiculer les matériaux nutritifs.

Quels sont ces matériaux?

HEES, se basant sur le fait que le trichomonas vaginalis se rencontre surtout dans les voies génitales des femmes en activité physiologique, pense que ce parasite se nourrit aux dépens du glycogène contenu dans les cellules vaginales.

MORENAS (127) vérifia cette hypothèse en constatant que soumis à des vapeurs iodées, le protoplasme se colore

de façon diffuse d'une teinte brun acajou, montrant ainsi la présence du glycogène. D'autre part, les trichomonas poussent mieux dans les milieux additionnés de glucose.

Le mode de nutrition par phagocytose, grâce aux pseudopodes émis par le parasite, a été observé par SCHMID, KAMMIKER et MOLINERO.

REPRODUCTION.

La reproduction s'effectue par mode asexué, étranglement du noyau et division.

BIOLOGIE.

Le trichomonas vaginalis pousse dans des milieux très variés. Les plus favorables sont ceux qui se rapprochent par leur composition des humeurs de l'organisme.

Il pousse à une température de 37°.

Le *p*H optimum se situe entre 5 et 6, mais le parasite s'adapte à des variations de *p*H.

« La vitalité et le pouvoir de reproduction du trichomonas paraissent s'accommoder de variations importantes de la réaction dans les limites comprises entre *p*H 8 et *p*H 5 » (MANDOUL et DARGELOS).

DIAGNOSTIC POSITIF

Bien que pour tout clinicien averti, le diagnostic de la vaginite à trichomonas soit assez facilement fait devant une leucorrhée abondante, fluide, souvent accompagnée de prurit et rebelle aux traitements habituels, la certitude de l'infection ne peut être obtenue qu'avec l'aide du laboratoire.

Pour affirmer la présence du trichomonas dans les sécrétions vaginales, cervicales, urétrales ou autres, nous disposons de quatre méthodes :

1. L'examen direct à l'état frais ;
2. La coloration ;
3. La culture ;
4. Les méthodes immunologiques.

1. Examen direct.

L'examen extemporané à l'état frais est la méthode la plus rapide, la plus sûre et la plus facilement réalisable par le médecin praticien, qui peut confirmer son diagnostic en quelques minutes pour peu qu'il ait un microscope à sa disposition.

Technique.

Quelques précautions sont à prendre : de la part de la malade, ne pas prendre d'injection au préalable ; de la part

du médecin, ne pas se servir pour l'examen de doigtier ou de spéculum lubrifié, en vue de ne pas léser le parasite.

Le prélèvement des sécrétions vaginales se fera sur le spéculum qui a servi à l'examen ou directement dans le cul-de-sac postérieur de préférence, à l'aide d'une pipette ou d'un fil de platine. Le tampon de coton est à déconseiller, les parasites pouvant rester dans le feutrage du coton.

La parcelle de sécrétion purulente est déposée sur une lame dans une goutte de sérum physiologique, ceci afin de diluer le mucus et de rendre plus évident les mouvements du trichomonas souvent gêné par des amas de leucocytes. On recouvre d'une lamelle et on examine au microscope objectif 5 et 7.

Il est indispensable que tout le matériel employé : spéculum, pipette, lame, sérum physiologique, soit maintenu à une température de 37°.

Si ces conditions sont réalisées avant d'apercevoir le parasite, sa présence se manifeste par les mouvements des leucocytes bousculés par le trichomonas ; celui-ci est reconnaissable à sa grande taille, à sa forme, à ses flagelles et à sa mobilité.

On peut faire une coloration de contraste au vert malachite : on délaie la sécrétion vaginale dans une goutte d'acide lactique à 1 % mélangée à une goutte de vert malachite. On recouvre le tout d'une lamelle. Le trichomonas se détache en clair sur un fond plus sombre, alors que les cellules épithéliales apparaissent fortement colorées en vert.

Si l'on ne peut pas faire l'examen à l'état frais sur place, on peut utiliser des milieux de transport, comme celui de Moffett, Young et Stuart, qui conservent au trichomonas sa vitalité pendant plusieurs heures.

2. Colorations.

Les frottis colorés sont pour la plupart décevants, car l'altération du trichomonas est fréquente. Parmi les nombreux procédés de coloration, seuls sont à retenir le Gram et le May-Gründwald-Giemsa.

Coloration de Gram.

On utilise la technique classique en poussant la coloration de contraste, le trichomonas retenant moins bien le colorant rouge que les cellules épithéliales et les leucocytes.

Il vaut mieux laisser sécher le frottis à l'air, car la flamme risque d'altérer le parasite.

Coloration au May-Gründwald-Giemsa.

On recouvre le frottis séché avec 1/2 cc. de May-Gründwald. On laisse agir trois minutes, on ajoute 1/2 cc. d'eau distillée, on laisse une minute. On rejette le colorant et on verse le Giemsa dilué à deux gouttes par centimètre cube. On laisse agir une heure et on lave à la pipette.

Les leucocytes apparaissent en violet foncé, les cellules épithéliales en rouge, les trichomonas en bleu vif.

Les formes enkystées ou en anneaux de Hogue apparaissent bleu-grisâtre, avec une périphérie plus colorée.

Cette méthode de coloration est utilisée par Hees et par Witzig.

3. Culture.

Au point de vue diagnostic, la culture n'est pas souvent employée. Elle peut être utile dans les cas où les trichomonas, très peu nombreux dans les sécrétions pathologiques, ont échappé à l'examen direct.

Les meilleurs milieux de culture sont ceux qui se rapproche le plus des humeurs de l'organisme.

C'est LYNCH qui le premier cultiva le trichomonas sur du bouillon de bœuf.

DAVIS se servit le premier d'un bouillon de dextrines avec 50 % de sérum humain.

RODECURT arrive à conserver longtemps des cultures pures en se servant de la solution de Locke avec 5 % de sang ou de sérum humain acidifié par du Normolactol.

Depuis l'avènement des antibiotiques, il est beaucoup plus facile d'obtenir des cultures pures, ce qui était impossible autrefois, malgré les repiquages successifs.

JOHNSON et TRUSSEL utilisent le milieu suivant :

— Extrait de foie ;
— Peptones ;
— Maltose ;
— Cystéine ;
— Liquide de Ringer ;
— 500 à 1.000 U.O. de pénicilline par cc.

Certains emploient la streptomycine.

JIROVEC et PETER emploient :

Comme *milieu liquide* :

— Bouillon de viande additionné de maltose à 0,1 % ;
— 10 % de sérum de cheval ou humain ;
— *p*H 6,2 - 6,4 par adjonction de NaOH ;
— 500 U.O. de pénicilline ou de streptomycine.

Comme *milieu solide* :

— 30 gr. de Bacto-Agar ;
— 1 gr. 5 de maltose ;

— 900 cc. de Ringer ;

— 300 cc. d'extrait de foie de lapin ou de cobaye ;

— 2 gr. 4 de cystéine ;

— Neutralisation du *p*H à 6 - 6,2 par NaOH.

On filtre et on répartit dans des tubes dans lesquels on ajoute un petit cube de foie cuit. Les tubes sont portés pendant 30 minutes à 100°.

On ajoute de la pénicilline ou de la streptomycine.

Le prélèvement se fait comme pour l'examen direct et l'on introduit une à trois gouttes de sécrétion purulente dans le tube de culture à l'aide de la pipette ou de la palette mousse.

Les tubes sont portés à l'étude à 37°.

Vingt-quatre heures après, on peut voir une pullulation importante de flagellés.

4. Méthodes immunologiques. — Recherche des anticorps spécifiques.

Ces méthodes permettent de faire le diagnostic, même rétrospectif, de l'infection.

Elles sont basées sur l'apparition d'anticorps dans le sérum et dans le mucus vaginal au cours de l'infection.

Recherche des anticorps dans le sérum.

On utilise pour cela la propriété des anticorps de fixer l'alexine, de précipiter en présence de l'antigène correspondant, ou de provoquer l'agglutination des trichomonas. (Pautrizel, 135).

Trussel et Wilson (177), pour la réaction de fixation du complément, prennent comme antigène un extrait alcoolique d'une culture impure de trichomonas.

Avec cette méthode, ces auteurs obtiennent une réaction positive chez la moitié des femmes parasitées par le trichomonas vaginalis.

D'autre part, la réaction fut également positive chez 1/6 des femmes qui, cependant, n'avaient pas de trichomonas à l'examen direct et les auteurs pensent que ces femmes avaient été parasitées antérieurement et avaient guéri.

Intradermo-réaction.

Mise au point par ADLER et SADOWSKY (4). L'antigène est préparé à partir de cultures de trichomonas sur milieu au foie recouvert de milieu liquide de JOHNSON et TRUSSEL, le sérum humain étant remplacé par du sérum de veau inactivé. Après plusieurs centrifugations en eau physiologique, le liquide est laissé 12 heures au repos à la glacière. Le liquide surnageant à la dernière centrifugation est additionné à partie égale d'une solution d'acide phénique à 1 % en eau distillée. La densité finale étant à peu près de 1 million de parasites par centimètre cube.

La réaction se lit 24 heures après inoculation intradermique de 0 cc. 1 de cet extrait aqueux.

Si la réaction de fixation du complément reste négative chez certaines femmes parasitées, on peut penser que l'immunité humorale n'a pas encore eu le temps de se produire.

Les vétérinaires, FLORENT (58) en particulier, ont beaucoup étudié le rôle du trichomonas fœtus chez la vache et ont démontré que chez le bétail il existait une immunité locale.

Recherche des anticorps dans le mucus vaginal.

« Sur une lame porte-objet, deux gouttes sont déposées côte à côte, l'une d'émulsion fraîche de trichomonas vaginalis, l'autre de mucus.

» On recouvre d'une lamelle, ce qui amène les deux gouttes en contact l'une de l'autre, sans les mélanger. On examine au microscope au bout de 5 à 10 minutes.

» Dans le cas de réaction positive, les parasites sont accolés les uns aux autres par les côtés au niveau de la zone de contact. De plus, les mouvements des flagelles et de la membrane ondulante sont manifestement atténués. » (PAUTRIZEL, 135).

Cette muco-agglutination, peu pratiquée, serait cependant intéressante, et ne demande qu'une culture de trichomonas vaginalis.

De toutes ces méthodes de diagnostic, une reste à la portée de tous et ne doit être ignorée d'aucun praticien : c'est l'examen extemporané à l'état frais, qui permet de lever le doute et d'instituer un traitement approprié sans fausses routes.

Si, devant des signes cliniques évidents, on ne voit pas de parasites à l'état frais, la coloration par le May-Gründwald-Giemsa permet souvent de reconnaître le parasite qui peut avoir échappé à l'examen direct, ou de voir les formes arrondies de LYNCH.

ÉTIOLOGIE

Si l'on considère les statistiques des différents auteurs sur l'infection vaginale provoquée par le trichomonas vaginalis, on voit que le rôle pathogène de ce parasite n'est pas négligeable.

Fréquence

Nous ne citerons que quelques auteurs.

TRIBALET, examinant 107 femmes enceintes, dont 33 présentaient une leucorrhée, trouve que :

— sur 25 leucorrhées irritantes, 17 étaient dues au trichomonas, soit 68 % ;

— sur 8 leucorrhées non irritantes, 2 étaient dues au trichomonas, soit 25 %.

Chez 47 femmes non gravides présentant une leucorrhée non gonococcique, 16 étaient imputables au trichomonas, soit 33 %.

HOEHNE trouve le trichomonas chez 29 femmes non gravides sur 104 examinées, soit 28 %, et chez 35 femmes enceintes sur 102 examinées, soit 34 %.

FORLINI examine 400 femmes. Sur 200 affections gynécologiques, il trouve 61 fois du trichomonas vaginalis. Chez 100 femmes enceintes, il le rencontre 32 fois ; chez 75 malades d'affections extragénitales, il le trouve 16 fois.

Enfin, chez 25 femmes n'ayant aucune affection, il le trouve 3 fois, soit dans 26 % des cas pour la totalité.

Schmid et Kammiker, sur 53 flueurs, en trouve 69,9 % dues au trichomonas.

Burger, sur 110 leucorrhées, trouve 59 fois le trichomonas, soit 53,6 %.

Certains auteurs pensent que la femme gravide est plus facilement infestée ; d'autres, au contraire, pensent qu'elle se défend mieux.

Brumpt rencontre le trichomonas chez 10 % des femmes enceintes.

Burger signale que 54 % des femmes enceintes sont parasitées.

Pour Vayssière, la moyenne oscille entre 20 et 30 %.

Rodecurt trouve le trichomonas dans 88 % des pertes vaginales et dans 36 % des malades gynécologiques.

Ogha et Aoji recherchent systématiquement le parasite chez 1.000 femmes japonaises et ne trouvent que 124 porteuses de trichomonas, soit 12,4 %.

Witzig signale le parasite dans 80 % des inflammations vaginales.

Jirovec et Peter trouvent le trichomonas dans 50 à 60 % des leucorrhées.

Bien que ces chiffres présentent certains écarts, ils montrent que cette parasitose est très fréquente.

Nombreux sont les auteurs qui ont essayé d'éclairer la pathogénie de cette affection sans que toute la lumière soit faite sur l'origine du trichomonas et son mode de transmission.

Neveu-Lemaire considère que les trois espèces de trichomonas pathogènes de l'homme ne sont, en réalité, que les formes variées à habitat différent d'une même espèce,

et M.-J. CAMBIES voit une contamination facile du rectum au vagin.

Cependant, nombre de femmes porteuses de trichomonas intestinalis n'ont jamais eu de vaginite et, d'autre part, les femmes atteintes de vaginite à trichomonas ont rarement une trichomoniase intestinale concomitante.

Les espèces de trichomonas semblent bien distinctes et ne peuvent se transformer en l'une ou l'autre.

STABLER (168) a essayé en vain d'inoculer par voie vaginale des cultures de trichomonas intestinalis, alors que des cultures de trichomonas vaginalis reproduisent une vaginite typique.

Il est peu probable que la contamination se fasse par voie intestinale, par ingestion de parasites. WENYON et O'CONNOR ont incriminé les mouches capables de déposer des trichomonas avec leurs déjections sur les aliments et les boissons.

HEES a noté une recrudescence de l'affection en été et incrimine les bains de piscine, l'eau servant de véhicule. Mais la résistance du trichomonas est faible dans l'eau et le milieu extérieur.

Certaines contaminations ont prouvé que le trichomonas pouvait être transmis par des objets de toilette (linges, bidets).

L'urétrite à trichomonas, plus ou moins latente chez l'homme, est bien considérée maintenant comme indiscutable. Il est donc logique d'admettre que la contamination directe de l'homme par la femme et *vice versa*, soit la plus fréquente. « La femme étant le réservoir de virus et l'homme l'agent de dissémination » (LAFFONT).

Le plus souvent en effet, la vaginite débute avec les relations sexuelles ou avec un changement de partenaire. L'âge

des femmes atteintes coïncide dans la grande majorité des cas avec la période de plus grande activité sexuelle. Nous l'avons nous-même remarqué chez nos malades.

Cela n'exclut pas la possibilité de vaginite à trichomonas chez les fillettes. HOTTENSTEIN rapporte le cas d'une petite fille de 3 ans. Nous-même avons observé une vaginite à trichomonas chez une fillette de 6 ans (obs. XXVII).

Après la ménopause, certains cas de vaginite hémorragiques sont dues au trichomonas (SOLAL, 165).

Au cours des interrogatoires, les données épidémiologiques montrent bien que c'est le plus souvent au cours des relations sexuelles que les femmes sont contaminées, leur partenaire ayant une urétrite plus ou moins accusée, ou souvent ne ressentant aucun symptôme. Ainsi la vaginite à trichomonas peut prendre place parmi les maladies vénériennes, comme l'ont déjà signalé L. MASSÉ et D. PERRIN (118).

Comment le trichomonas détermine-t-il une vaginite ?

Certains pensent qu'un terrain spécial est nécessaire pour que la vaginite se développe. Pour eux, le trichomonas ne se développerait que dans des vagins « mal défendus ».

En général, dans les vaginites à trichomonas, le *p*H est modifié, moins acide que normalement, variant entre 5,4 et 6.

Cette modification est-elle une conséquence de l'infection trichomonadienne ou bien était-elle antérieure et la variation du *p*H doit-elle être considérée comme un facteur étiologique ?

On attribue au *p*H un rôle important ; certains voient dans l'élévation du *p*H le critère d'un trouble hormonal, d'un dysfonctionnement ovarien qui, modifiant la structure de la muqueuse vaginale, crée un terrain favorable au développement du trichomonas.

Ainsi pour STREIT et LABHART, le trichomonas ne pourrait devenir pathogène que lorsque se manifeste un trouble hormonal ovarien.

Le *p*H dépend de la charge en glycogène de la muqueuse vaginale ; ce glycogène est transformé en acide lactique par le bacille de Doderleïn.

CHAPPAZ et CHATELLIER (33) voient dans le déficit folliculinique entraînant une baisse de la teneur en glycogène de la muqueuse vaginale et par là une élévation du *p*H, une cause de l'infection trichomonadienne.

JOHNSON (87) a remarqué *in vitro* que le maximum de pullulation s'observait du côté acide entre 5,1 et 6. Au-dessous de 5, au-dessus de 7, la multiplication s'arrête.

Dans les cas où le délabrement de la muqueuse vaginale est très grand, où la flore microbienne d'accompagnement est intense, le *p*H voisin de l'alcalinité, le trichomonas peut disparaître, les modifications physico-chimiques du milieu n'étant plus compatible avec sa coexistence.

Pour un grand nombre d'auteurs, la variation du *p*H vaginal paraît être une conséquence de la présence du trichomonas. Ce dernier se nourrissant de glycogène en frustre le bacille de Doderleïn, créateur de l'acidité vaginale.

Le bacille de Doderleïn disparaît. Comme le signalent L. MASSÉ et D. PERRIN, il semble qu'il s'agit d'une concurrence vitale entre le parasite et le bacille de Doderleïn.

D'autre part, si l'on débarrasse le vagin de cet hôte indésirable, on voit l'épithélium vaginal se reformer naturellement.

C'est donc bien le trichomonas qui lèse la muqueuse et le délabrement de celle-ci apparaît bien comme une conséquence de l'infestation trichomonadienne et non comme une cause favorisante.

Du reste, le parasite en culture sur tissu d'embryon de poulet altère nettement les épithéliums et les fibroblastes (H. Gaillard, 61).

Avec l'absence de Doderleïn, il n'y a plus formation d'acide lactique, le *p*H s'élève, la défense normale du vagin n'existe plus, d'où pullulation de germes variés accompagnant la plupart du temps la vaginite à trichomonas.

Association microbienne.

Le trichomonas est toujours accompagné d'une flore associée assez abondante. Il s'agit en général de : staphylo, strepto et surtout d'entérocoques, de colibacilles, de spirochètes, de fuso-bactéries.

Le degré de pureté de la flore vaginale dans l'infection trichomonadienne est en général III ou IV dans 85 % des cas d'après Witzig, rarement II.

Le gonocoque et le trichomonas ne paraissent pas coexister souvent.

— Witzig n'a jamais rencontré cette association ;

— Kissling en cite deux cas sur des centaines d'observations ;

— Forlini, sur 112 vaginites à trichomonas, rencontre 7 fois le gonocoque.

L. Massé et D. Perrin signalent la présence de cocci gram négatif dans 53 % des prélèvements. Dans 1/5 des cas ces coccis étaient intra-cellulaires. Ces diplocoques suspects disparaissent avec le traitement de la vaginite à trichomonas. Des cultures sur milieu de Peizer et Stephen étaient dans certains cas négatives ; mais, pour d'autres, elles étaient positives. Cependant, la disparition du trichomonas s'accompagnait de la disparition de ces diplocoques,

montrant qu'il ne s'agissait pas de gonocoque. Il est probable que parfois les malades sont traitées pour une blennorragie qu'elles n'ont pas.

La constance de cette flore microbienne a fait mettre en doute le rôle pathogène du trichomonas.

Certains pensaient que le trichomonas était un simple saprophyte des voies génitales.

D'autres ne lui reconnaissaient un rôle pathogène qu'en symbiose avec les bactéries.

Mais les expériences de RODECURT, de STABLER, démontrèrent le vrai rôle du trichomonas, puisque l'inoculation de culture de trichomonas dans des vagins sains détermine une vaginite typique.

D'autre part, le traitement anti-trichomonadien fait disparaître, avec les trichomonas, les symptômes de la vaginite, alors que souvent la flore microbienne reste plus ou moins la même.

La réapparition du parasite ramène le cortège des signes locaux.

Enfin, les anticorps spécifiques que l'on trouve soit dans le sérum, soit dans le mucus vaginal des femmes porteuses de trichomonas, prouvent l'action du parasite.

Il paraît donc logique de conclure au rôle pathogène du trichomonas, l'association microbienne étant le plus souvent secondaire à l'infestation trichomonadienne.

Durant l'évolution de la vaginite, les divers facteurs s'intriquent et l'on peut dire avec PAUTRIZEL (135), que « l'intensité de l'infestation trichomonadienne est sous la dépendance de nombreux facteurs : elle est fonction entre autre du chimisme vaginal, de la flore associée, de l'équilibre hormonal, de la libération d'anticorps ».

Race.

Au cours de l'étude des statistiques, l'infection à trichomonas paraît plus fréquente chez les hommes et les femmes noirs. Peut-être le manque d'hygiène assure-t-il une plus forte contamination.

Par contre, chez les Japonaises, le pourcentage de femmes porteuses de trichomonas est moin élevé.

Il est difficile sur ces simples données de conclure à une plus grande susceptibilité raciale.

Terrain.

Certains attachent une importance à la notion de terrain.

Si l'infection trichomonadienne se voit chez des femmes présentant des troubles hormonaux, soit hyper, soit hypofolliculinie, si d'autres sont de petites basedowiennes, la plupart ne présentent pas d'autres troubles en dehors de leur vaginite.

SIGNES CLINIQUES

Les manifestations cliniques qui amènent à la consultation les malades atteintes de vaginites à trichomonas, sont de trois ordres : la leucorrhée, le prurit, la dyspareunie.

Ces symptômes sont plus ou moins accusés, selon que la vaginite est dans une phase aiguë ou subaiguë ; ils peuvent même être très atténués dans les cas de vaginites frustes, ne se manifestant que par un écoulement peu important.

RODECURT et BURGER pensent que ces aspects cliniques différents proviennent de la différence de virulence du parasite et de la réaction du terrain.

La leucorrhée.

Symptôme accusé par toutes les malades qui viennent consulter pour ces pertes abondantes, rebelles aux divers traitements, les obligeant parfois à se garnir ; souvent ces femmes, qui ont déjà subi de nombreuses thérapeutiques, depuis les injections diverses jusqu'aux cautérisations sans résultat, se croient atteintes d'une maladie incurable, dégradante.

Ces pertes profuses, fluides, blanc-grisâtre, parfois jaunâtres, à odeur de moisi (parfois même fécaloïde), sont caractéristiques de l'infection à trichomonas. Certains voient dans le caractère spumeux des pertes un signe pathognomonique. Cependant, on ne rencontre pas toujours ce caractère. Parfois, les pertes sont teintées de sang par suite de l'hyperhémie du vagin.

Le prurit.

Parfois, c'est un simple picotement, mais dans les phases aiguës, il y a une exacerbation de ce symptôme particulièrement désagréable, empêchant le sommeil et pour lequel les malades demandent un soulagement.

Cette sensation de cuisson et de démangeaison est entretenue par les pertes abondantes.

Ce prurit est localisé à la vulve : petites et grandes lèvres, fourchette, mais il n'est pas rare de voir l'irritation s'étendre à la région anale et génito-crurale.

La dyspareumie.

C'est parfois ce qui amène les patientes à consulter. L'irritation des muqueuses est telle que le simple fait d'écarter les lèvres est douloureux et souvent l'introduction du spéculum est impossible.

Chez de telles malades, les rapports sexuels provoquent des douleurs intolérables et deviennent impossibles.

Ce dernier symptôme joint aux autres, est à la base de nombre de drames conjugaux.

Après la ménopause, le trichomonas serait responsable de vaginites hémorragiques, où le principal symptôme serait constitué par l'hémorragie d'origine vaginale.

Examen. — La vulve est rouge, présentant souvent des lésions de grattages, ainsi qu'un piqueté hémorragique. Une sécrétion fluide s'écoule constamment.

La sensibilité de la muqueuse irritée à l'entrée du vagin rend souvent l'examen pénible et la mise en place du spéculum ne se fait pas sans douleur. On sent parfois une nette contracture du constricteur de la vulve.

L'œdème de la vulve et des parois vaginales donne, dans les cas anciens, une atrésie rendant les rapports impossibles.

Au spéculum, la paroi vaginale apparaît recouverte d'un enduit crémeux, remplissant les replis du vagin et amassé surtout dans le cul-de-sac postérieur.

Sous cette sécrétion, la muqueuse vaginale apparaît rouge et saigne facilement. Un piqueté hémorragique se voit sur un fond uniformément rouge et hyperhémié.

Au toucher, on ressent une chaleur anormale et parfois des granulations.

Le col est recouvert aussi par les sécrétions, mais après tamponnement, on voit que celles-ci se reforment dans les culs-de-sac, mais que le col ne suinte pas. Souvent le col est indemne, parfois rouge, parsemé d'un piqueté hémorragique ; il y a rarement ulcération.

Autres manifestations cliniques dues au trichomonas vaginalis.

Outre la vaginite et l'inflammation des replis vulvaires et des glandes de Skène et de Bartolin, le trichomonas peut infecter le tractus génital entier.

WAGNER, RODECURT, TEMPE et HEES reconnaissent au trichomonas vaginalis la faculté de migration dans l'utérus, les trompes, les ovaires et même le péritoine.

Le passage dans le sang peut être prouvé par l'hémoculture. HEES et WAGNER trouvent 55 fois l'hémoculture positive chez 75 femmes atteintes de vaginites à trichomonas. Bien qu'ALLEN et BUTLER pensent que le trichomonas ne peut pas franchir le col utérin, HEES et WAGNER signalent sa présence dans les trompes et les ovaires de femmes opérées de salpingites purulentes.

Les malades atteintes de vaginite accusent souvent des douleurs utérines de type métritique, douleurs annexielles avec irradiations dans les lombes, soit par irritation des plexus nerveux voisins, soit par infection annexielle concomitante.

Ces douleurs peuvent même parfois en imposer pour une pelvi-péritonite.

Nombreuses sont les malades présentant une vaginite à trichomonas chez qui on signale une péjoration de l'état général. Sans en arriver à la « trichomonas cachexie », ces femmes atteintes de pertes intarissables, souvent accompagnées de prurit et de vaginisme, redoutent l'infidélité de leur conjoint et voient leur vie empoisonnée par ce qu'elles considèrent comme une infirmité. Elles perdent l'appétit et le sommeil.

En dehors du facteur psychique, la suppuration locale, les toxines provenant des produits du métabolisme des parasites et de la flore microbienne d'accompagnement, exercent sûrement une action fâcheuse sur l'état général de ces femmes.

De plus, ces pertes abondantes déterminent une spoliation plasmatique importante et, à la longue, cette « saignée » provoque un affaiblissement notable.

L'appareil urinaire peut être infecté et, bien que relativement rares, on cite des cas d'urétrite et de cystite à trichomonas vaginalis. L'infection se faisant par voie ascendante, le méat baignant dans le pus issu du vagin.

Certains cas de cysto-utétrite apparemment amicrobiens et rebelles aux traitements habituels, sont probablement dus aux trichomonas vaginalis.

ALLEN pense que la vessie infectée par le trichomonas vaginalis est une cause d'échec au traitement dirigé seulement sur le vagin. Dans 21 % des cas résistant au traitement, ALLEN et BUTLER trouvèrent des trichomonas dans la vessie.

Action du trichomonas sur la grossesse.

Il était logique de rechercher quel rôle pouvait avoir le trichomonas sur la grossesse.

En médecine vétérinaire, on sait que le trichomonas fœtus est responsable d'avortement chez la vache.

CAMBIES se basant sur ce fait, pense qu'il peut en être de même chez la femme.

Le trichomonas pourrait agir par deux mécanismes :

— Chimiquement, par raréfaction du glycogène mis en réserve dans la cavité utérine pour la nutrition de l'œuf ;

— Mécaniquement, la pullulation des trichomonas et leur grande mobilité provoqueraient des contractions utérines réflexes.

STEPANOVICTH, citant URBAN, de Budapest, reprend cette idée.

Pour certains, l'infection à trichomonas serait responsable de cas de stérilité en modifiant le chimisme du milieu vaginal.

Enfin, pour plusieurs auteurs, la morbidité dans le post-partum serait plus élevée chez les femmes infectées par le trichomonas vaginalis. Ceci est peut-être dû à la flore d'accompagnement :

	Femmes non parasitées	*Femmes parasitées*
SCHIMD-KAMMIKER.....	4,8 %	10,3 %
LISS	15,3 %	29
BROOKE-BLAND	25 %	50 %

MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES CHEZ L'HOMME

La vaginite à trichomonas apparaissant surtout comme une maladie vénérienne, il était logique de rechercher le flagellé dans l'appareil génito-urinaire de l'homme.

C'est l'Ecole bordelaise, en 1884, avec KUNSTLER (96) qui signala que le trichomonas vaginalis pouvait parasiter l'appareil urinaire de l'homme.

Puis MARCHAND, DOCK et MUIRA (1894), CAPEK (1927), RIBA (1931), NITSCHKE (1936), MORENAS (1937), SOREL (1951) ont rencontré des flagellés du genre trichomonas dans les sécrétions urétrales ou les urines de l'homme.

En recherchant le parasite dans les urines de sujets présentant un écoulement urétral :

— FÉO trouve que 36 % des urétrites non spécifiques sont dues au trichomonas vaginalis ;

— LISTON et LEE, dans les urétrites non gonococciques en trouvent 16 % imputables au trichomonas ;

— GREEN, 20 % sur 25 cas ;

— NISTCHKE, 12,5 % sur 40 cas ;

— BUCTON et SHÉLANSKI trouvent 3,9 % de résultats positifs sur l'examen systématique de 102 hommes ;

— LECA, sur 200 sujets atteints d'urétrite aiguë, a rencontré 20 fois le flagellé. Dans 2 cas, il était associé au gonocoque.

Les signes cliniques sont en général moins accusés que chez la femme et si certains porteurs de trichomonas se plaignent d'un écoulement urétral associé à de la pollakiurie, avec dysurie, d'autres n'ont que des signes cliniques minimes avec simple rougeur du méat.

La cause principale, sinon la seule, paraît être les relations sexuelles.

Pour DRUMOND, 80 % des maris de femmes porteuses de trichomonas ont une urétrite plus ou moins latente.

Pour d'autres auteurs, les cas sont nombreux où les conjoints restent indemnes, bien que leur femme présente une vaginite typique.

Ceci est explicable par le fait que l'urètre présente pour le trichomonas un milieu moins favorable et que le jet urinaire balayant l'urètre assure une certaine protection.

Chez l'homme, outre la possibilité de balanite (SOUBIGOU, DUBISCOUET et GAUDIN), le trichomonas peut infecter la prostate, les vésicules séminales.

On voit donc l'utilité de faire la recherche du trichomonas chez les conjoints de femmes atteintes de vaginites à trichomonas et de les traiter pour éviter les réinfections.

OBSERVATIONS

Malades de la Consultation de Gynécologie du Professeur L. MASSÉ
(TASTET-GIRARD)

Observation 1

Mme D... (M.-L.), 43 ans, malade hystérectomisée en 1945. vient en mars 1952 pour des pertes blanches durant depuis des années.

La malade était soulagée passagèrement par des injections d'Hydro-Merfène.

Mars 1952.

Examen : Vulve rouge ;
Vagin rouge ;
Col : points ecchymotiques sur fond rouge.

Frottis : Nombreux poly. Flore peu abondante.
Diplocoques gram — extracellulaires.
Nombreux trichomonas.

Traitement : Furalone.
Merfène.
Gynoplix.

4 juin 1952.

Etat frais : trichomonas : 0.

13 décembre 1952.

La malade n'a plus eu de pertes.

Frottis : Nombreux poly. altérés. Flore peu abondante (coli).
Trichomonas : 0.

13 juin 1953.

Revue, la patiente n'a plus eu aucun symptôme de vaginite.

Frottis : Nombreux poly. Flore banale.
Trichomonas : 0.

Vulvovaginite à trichomonas ancienne ayant cédé rapidement au traitement.

Observation 2

Mme A... (G.), 28 ans, vient consulter en novembre 1950. Souffre des lombes, de l'hypogastre.

Pertes jaunes très abondantes. Brûlures vulvaires.

29 novembre 1950.

Examen : Vulve normale.
Vagin : pertes jaunes abondantes.
Col : endocervicite.

Frottis : Poly. en lyse ; germes abondants gram + et —.
Diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas +++.

Culture sur milieu Peizer et Stephen —.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Janvier 1951.

N'a plus de pertes.

Prélèvements négatifs pour le trichomonas *en mai et septembre* 1951. Cependant, en juillet, les pertes ont recommencé. Traitement par le Merfène.

14 novembre 1951.

Pertes jaunes abondantes.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Flore extrêmement abondante.
Nombreux poly.
Trichomonas +++.

Traitement : Iodochloroxyquinoléine 2 × 15.

10 décembre 1951.

Vulve encore rouge, mais pertes banales.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Nombreux poly. lysés. Flore abondante.
Trichomonas : 0.

Cette malade, revue récemment, ne présente plus de vaginite.

Observation 3

Mme B... (M.), 33 ans, a subi une hystérectomie subtotale en 1949. Vient consulter en juin 1950 pour pertes jaunes très abondantes.

Juin 1950.

Examen : Vulve rouge.
Vagin rouge ; pertes abondantes jaunes.

Frottis : Réaction purulente. Coli ++.
Diplocoques gram — extracellulaires.
Traces de trichomonas.
La culture du gonocoque est négative.

Traitement : Furalone.
Gynoplix.

28 juin 1951.

Reprise des pertes purulentes qui persistent malgré la pénicilline.

Etat frais : Nombreux trichomonas.

Frottis : Poly. lysés ; rares germes ; pas de Neisser.
Trichomonas ++.

Traitement : Pulvérisations d'auréomycine.
Capsules d'auréomycine.

27 juillet 1951.

La malade a eu de violentes brûlures vulvaires. Vulve et vagin légèrement rouges.

Etat frais : Rares trichomonas.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

1er octobre 1951.

Très nette amélioration clinique. Cependant, vulve et vagin encore un peu rouges.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Traitement : Roquessine ovules 1 × 12.

29 octobre 1951.

Pas de pertes ni de prurit ; pas de trichomonas.

Revue en *mai 1953*, la malade ne se plaint plus de pertes ni de brûlures. Un prélèvement de contrôle n'a pas montré de parasite. Guérison.

Observation 4

Mme M... (H.), 32 ans, vient consulter pour douleur de la fosse iliaque gauche et pertes abondantes jaunes, accompagnées de prurit vulvaire.

La malade a été hystérectomisée.

9 octobre 1950.

Examen : Vulve rouge.
Vagin rouge.

Frottis : Poly. lysés ; germes abondants cocci gram —.
Bacilles gram +.
Trichomonas ++.

Traitement : Merfène.
Gynoplix.

27 octobre 1950.

Frottis : Poly. lysés ; germes peu abondants cocci gram +.
Gonocoque : 0.
Mycose : 0.
Trichomonas : 0.

Janvier 1951.

Traitement : Furalone.
Merfène.
Gynoplix.

En mars 1952, la malade revue n'a plus de pertes ni de démangeaisons.

Observation 5

Mlle L... (G.), 22 ans, vient consulter en janvier 1950, car elle a présenté, trois mois après son accouchement, des pertes jaunes devenant de plus en plus abondantes.

Elle souffre de la fosse iliaque gauche et a été traitée en 1945 pour métro-annexite.

13 janvier 1950.

Examen : Vulve un peu rouge.
Col rouge : exocervicite.
Vagin rouge, pertes purulentes très liquides.
Annexes droites très douloureuses.
Annexes droites très douloureuses.

Frottis : Quelques diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas ++.

Traitement : Merfène ovules 1 × 16.
Badigeons au Collu et à l'Hydro-Merfène.

Les pertes diminuent beaucoup.

La malade suit un traitement diathermique.

Les prélèvements ne montrent pas de trichomonas.

Culture du gonocoque négative. Cependant germes abondants : coli, entéro. diphtérimorphes. Injections de Négatol et ovules.

12 mai 1950.

A nouveau, vulvo-vaginite, avec pertes grises. Fosse iliaque droite très douloureuse. (La malade a eu des rapports fin avril.)

Traitement : Furalone.

19 juin 1950.

Vulve et vagin normaux, mais pertes abondantes. Ovaire droit douloureux.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Réaction purulente ; germes très abondants gram + ; bacilles diphtérimorphes ; diplocoques gram — extracellulaires ; culture du gonocoque.

Rares trichomonas lysés.

4 juillet 1951.

La malade, depuis un mois, a quelques pertes et du prurit.

Frottis : Poly. nombreux ; entéro. ; Doderleïn.
Rares trichomonas.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Octobre 1951.

Frottis : Germes abondants (entéro., coli, bacilles diphtérimorphes).
Trichomonas : 0.

Cette malade fut hospitalisée et reçut de la pénicilline et de la streptomycine. Ce traitement n'eut aucune influence sur le trichomonas ni sur les diplocoques gram — ; ces derniers disparurent avec le traitement de la vaginite à trichomonas.

Observation 6

M^me^ B... (J.). La malade présente depuis trois ans des pertes marron, fétides.

21 avril 1950.

Examen : Vulve un peu rouge ; pertes grisâtres.
Annexe gauche empâtée.

Frottis : Réaction purulente ; germes abondants entéro. coli.
Nombreux trichomonas.

Traitement : Merfène (ovules et collu).

10 mai 1950.

Frottis : Rares poly. ; germes très abondants gram +.
Pas de gonocoque.
Trichonomas : 0.

Traitement : Furalone.
Gynoplix.

14 juin 1950.

Pertes, démangeaisons, prurit vulvaire.

Frottis : Poly ; diplocoques gram — extra-cellulaires.
Trichomonas +.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Septembre 1950.

La malade a encore eu des pertes jaunes prurigineuses et fétides.

Traitement : Désogène.

Octobre 1952.

La malade ne se plaint plus de prurit, ni de pertes.

Frottis : Rares poly. ; flore : 0.
Trichomonas : 0.

Cette malade avait subi l'ablation de six polypes muqueux. Elle était hyperfolliculinique.

Observation 7

M^me^ A... (M.), 32 ans, grande multipare, vient en novembre 1949. Elle présente depuis un mois des pertes jaunes très abondantes avec prurit. En outre ressent des douleurs péri-ombilicales. Les rapports sont très douloureux. Elle a de la cystite.

18 novembre 1949.

Examen : Vulve rouge, irritation périvulvaire.
Vagin rouge, pertes jaunes abondantes, col très rouge, légère exocervicite.

Frottis : Réaction purulente ; germes peu abondants ; cocci gram + (entéro.) ; diplocoques gram — extra-cellulaires.
Trichomonas +.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Traitement : Merfène.
Gynoplix.

Le mari se soigne également avec Collu-Merfène.

17 avril 1950.

La malade n'a plus de vaginite, a des rapports normaux.

Frottis : Quelques poly. ; cocci gram + (entéro.) ; coli ; quelques diplocoques gram — non caractéristiques.
Trichomonas : 0.

Revue *en juillet 1950*, la guérison se maintient. Cette grande multipare peut difficilement être classée dans les hypohormonales.

Observation 8

M^lle R... (J.), 27 ans, vient consulter en mai 1951 pour ménorragise et pertes.

4 mai 1951.

Frottis : Poly. ++ ; germes ++, entéro-coli. ;
Neisser : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix, Gynarsol.

27 juin 1951.

Etat frais : Trichomonas +.
Continue le traitement.

12 septembre 1951.

Le traitement est terminé depuis vingt jours. Vulve et vagin sont normaux. Pas de pertes.

Frottis : Quelques poly. ; germes abondants uniquement Doderleïn et Proteus.
Neisser : 0 ; muguet : 0.
Trichomonas : 0.

6 novembre 1951.

La guérison se maintient ; pas de prurit ni de pertes.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Rares poly. ; flore banale ; quelques entéro.
Trichomonas : 0.

Guérison.

OBSERVATION 9

Mme E... (N.), vient consulter en avril 1951 pour pertes purulentes, très abondantes avec vulvite et urétrite.

Elle souffre de prurit vulvaire depuis août 1950. La malade a été hystérectomisée en juin 1950. Les pertes purulentes sont antérieures à l'opération.

De plus la malade ressent des douleurs dans tout l'abdomen.

9 avril 1951.

Examen : vulve rouge.
Vagin rouge, pertes purulentes très abondantes.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : 4 pulvérisations d'auréomycine.
8 capsules d'auréomycine.

Les capsules ont provoqué des plaques rouges prurigineuses autour de l'anus, calmées par la pommade Furalone.

18 mai 1951.

Le traitement est terminé depuis le 2 mai ; pas de pertes ; ventre moins douloureux.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Rares poly. ; coli.
Trichomonas : 0.

Revue le 25 mai ; le 4 et 15 juin, la malade a des muqueuses normales ; pas de prurit ; pertes glaireuses normales.

18 juillet 1951.

La malade revient, car elle a à nouveau des pertes blanches.

Col et vagin sont rouges.

Etat frais : Trichomonas +.

Frottis : Entéro.-coli.
Trichomonas ++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.
Gynarsol.

10 octobre 1951.

Pertes jaunes vertes abondantes, vagin rouge, irritation périvulvaire.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Iodochloroxyquinoléine 2 × 15.

17 octobre 1951.

Vulve encore un peu rouge, plus de perte.

Frottis : Rares poly. germes ++ entéro.-coli.
Trichomonas : 0.

Traitement : Merfène.
Roquessine.

30 novembre 1951.

Après l'arrêt du traitement, des pertes jaunes liquides abondantes réapparaissent. Vulve légèrement rouge.

Etat frais : Quelques trichomonas.

Traitement : Iodochloroxyquinoléine.
Furalone.
Merfène.
Gynoplix.
Gynarsol.

Après une semaine de traitement avec chaque produit, plus de pertes ; mais le *8 février 1952* le traitement étant terminé.

Etat frais : Rares trichomonas.

On reprend le traitement pendant deux mois.

Revue en *juillet 1952*, la malade n'a plus de pertes.

Le 24 avril 1953.

Frottis : Nombreux poly. altérés, absence de germes.
Trichomonas : 0.

Guérison.

Observation 10

Mme C... (M.), 36 ans, hystérectomisée depuis sept ans, a présenté en 1949 quelques légères pertes. Son mari accusait des démangeaisons, accompagnées de desquamation du gland. Un prélèvement de pertes révèle qu'il s'agissait de trichomonas.

La malade est traitée par le merfène.

Mais en avril 1950, les frottis montrent toujours des parasites.

La malade continue des injections et des pansements de merfène qui déterminent une desquamation des muqueuses et des douleurs très vives.

La malade poursuit les injections d'hydro-merfène et met du gynoplix qui calme les douleurs.

Mais les pertes continuent, le vagin est sec, la malade souffre du ventre.

Elle subit un traitement par pénicilline et streptomycine.

Les douleurs abdominales cessent, mais la vaginite et la dyspareunie persistent.

Le conjoint, dès la reprise des rapports, a vu réapparaître des troubles locaux.

La malade vient en

Février 1951.

Examen : Vulve, vagin sont rouges.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Roquessine.
Furalone.
Merfène.
Gynarsol.

Avril 1951.

Les ovules de merfène donnent une desquamation des muqueuses. Quelques pertes et brûlures persistent.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : 2 pulvérisations d'auréomycine intra-vaginales.
4 capsules d'auréomycine.

La malade ne peut supporter le traitement et l'arrête le 25 avril après avoir mis la troisième capsule.

16 mai 1951.

La malade a fait des injections de bicarbonate de Na.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Germes abondants, coli. gram +.
Spores : 0.
Trichomonas : 0.

20 juin 1951.

Pas de Trichomonas.

10 octobre 1951.

Les rapports ne sont plus douloureux, pas de Trichomonas.

La malade est revue en *février, avril, septembre et décembre 1952.* Elle va bien, les examens de laboratoire ont été négatifs dans la recherche du trichomonas.

Malade présentant une vulvo-vaginite ancienne. Les nouveaux traitements furent tous interrompus, à cause d'intolérances locales, cependant l'auréomycine paraît avoir guéri cette malade.

OBSERVATIONS

Observations des malades personnelles du Dr D. PERRIN

Observation I

Mme B... (M.), 38 ans, vient consulter le *6 novembre 1950* pour prurit vulvaire et pertes d'odeur forte.

Frottis : Réaction purulente ; poly. lysés ; germes très abondants ; quelques diplocoques gram +, entéro. ; quelques coli. ; assez nombreux diplocoques gram — extracellulaires.

Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et collu. 1 × 12.
Furalone ovules et pommade 1×18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

La malade, revue *en septembre 1951*, n'accuse plus aucun symptômes de vulvo-vaginite.

Observation II

Mme B... (Y.), 34 ans, présente depuis mars 1949 une vulvo-vaginite débutant avec les règles, avec périodes d'accalmies et de rechutes. Pertes jaunes très abondantes.

27 janvier 1950.

Examen : Vulve très rouge.
Vagin très rouge, pertes jaunes très abondantes.
Col très rouge.

Frottis : Nombreux poly. altérés. Nombreux trichomonas ; nombreux diplocoques gram — extra-cellulaires faisant penser au gonocoque ; culture + en milieu de Peizer et Stephen.

Traitement : Furalone ovules et pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

17 février 1950.

La malade n'a plus de pertes.

Etat frais : Quelques trichomonas.
Culture du gonocoque négative.

Avril et mai 1950.

Les examens de frottis ne montrent plus de trichomonas. La malade ne souffre plus, n'a plus de pertes. Guérison.

Observation III

Mlle B..., 22 ans. Depuis mai 1950 présente une vulvo-vaginite avec cystite et pertes jaunes très abondantes.

Examen : Vulve, vagin très rouges.

7 juin 1950.

Frottis : Poly. ± lysés ; germes très abondants avec quelques diplocoques gram — intracellulaires.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu.
Furalone ovules et pommade.
Gynoplix.

Juillet 1950.

Très rapidement améliorée par le traitement ; pas de pertes ; vulve et vagin normaux.

29 octobre 1950.

Vulve, vagin et col en bon état.

Frottis : Rares poly. ; germes abondants, surtout gram —.
Pas de trichomonas.

La malade est revue plusieurs mois plus tard, la guérison se maintient.

Observation IV

Mme C... (M.), 48 ans, vient consulter en juin 1951 pour pertes jaunes abondantes, apparues depuis cinq ans. Pertes accompagnées de prurit vulvaire en fin de règles. Douleurs abdominales.

19 juin 1951.

Examen : Vulve rouge.
Vagin rouge, pertes jaunes.
Col rouge.

Frottis : Quelques poly. ; germes très abondants et variés.
Muguet : 0 ; Neisser : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu.
Furalone ovules et pommade.
Gynoplix.

14 septembre 1951.

Pas de pertes, pas de démangeaisons ; ne souffre plus du ventre.
Col et vagin normaux ; mais petite rougeur au niveau de l'urètre.

Traitement : Merfène ovules et Collu. 1 × 12.

17 juin 1953.

La malade est revue pour troubles ménopausiques. Elle n'a plus eu de pertes depuis son traitement.

Vagin et col en bon état.

Etat frais : Pas de trichomonas.

Malade guérie.

Observation V

Mme C..., 34 ans. La malade vient consulter en juin 1950. Depuis des années, souffre de crises de cystite. Présente une infection vésicale à staphylocoques. De plus, pertes, enflures des parties génitales (rongements intérieurs...), pertes très abondantes.

La malade a suivi de très nombreux traitements sans résultat et se considère comme inguérissable.

12 juin 1950.

Examen : Vulve rouge.
Col normal.
Vessie très douloureuse.

Frottis : Réaction purulente ; germes nombreux.
Cocci. gram + ; quelques bacilles diphtérimorphe ; quelques coli.
Gonocoques : 0 ; muguet : 0.
Giemsa : trichomonas ++.

La malade ne fait aucun traitement.

14 décembre 1950.

Pertes abondantes ; douleurs dans l'abdomen ; cystite.

Frottis : Réaction purulente ; poly. lysés ; germes très abondants surtout gram — ; nombreux diplocoques gram — extracellulaires.
Muguet : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu.
Furalone ovules et pommade.
Gynoplix.

5 janvier 1951.

Gynoplix donne brûlures. La malade n'a plus de « rongements ». Pas de cystite sans prise de médicaments spécifiques. Ne souffre plus de l'abdomen.

Mais mèches purulentes sortant du col au spéculum.

Frottis : Poly. peu abondants, germes en amas.
Trichomonas : 0.

Traitement : Merfène ovules et Collu. 1 × 18.
Furalone ovules et pommade 1 × 12.

Octobre 1951.

La malade a un peu de cystite, fait un traitement à la Furalone.

Août 1952.

N'a plus eu de prurit vulvaire, pas de perte.

Frottis : Rares poly. ; nombreux cutis communis.
Trichomonas : 0.

Octobre 1952.

Frottis : Nombreux poly. ; flore abondante ; trichomonas : 0.

Juin 1953.

La malade revue est guérie. Un prélèvement n'a pas montré de trichomonas. La vulve, le vagin et le col sont normaux.

Observation VI

Mme D..., 40 ans, consulte en décembre 1949 pour pertes jaunes abondantes, accompagnées de prurit. Symptômes apparus depuis un mois.

5 décembre 1949.

Examen : Vulve rouge.
Vagin pertes grises.
Col gros, rouge piqueté, saignant.

Frottis : Réaction purulente ; germes abondants Cocci gram + ; Coli. diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas +.

Février 1950.

Traitement : Ovules, pommade Furalone 1 × 18.

5 avril 1950.

La vulvite recommence avant les règles. Vulve et vagin rouges ; pertes grises ; col piqueté et gros.

Frottis : Poly. peu abondants ; nombreux germes ; Cocci gram +.
Coli.
Pas de muguet.
Pas de gonocoque.
Trichomonas : 0.

Traitement : Merfène ovules 12.
2 badigeonnages à l'Hydro-Merfène.
2 badigeonnages au Collu-Merfène.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

29 décembre 1950.

Plus de pertes.

Frottis : Poly. altérés, germes abondants (entéro-diphtérimorphes).
Trichomonas : 0.

Revue *en 1953*, la malade est toujours guérie.

Observation VII

Mlle L..., 25 ans, malade traitée par la diathermie pour métro-annexite G, présente des pertes blanches, des douleurs dans le bas-ventre.

12 janvier 1949.

Frottis : Quelques poly. ; flore variée surtout entéro.

Etat frais : Trichomonas + .

Traitement : Gynoplix.
Mercryl en badigeonnages.

Février 1949.

Persistance légère de la vulvo-vaginite, recrudescence après les règles.

Traitement : Ovules merfène 6.
Badigeonnages au merfène.

Cédation des symptômes.

Le partenaire a eu une inflammation de la verge guérie par des bains d'hydro-merfène.

6 avril 1949.

Pas de pertes, bon état local.

Frottis : Réaction purulente ; flore peu abondante gram + ; quelques Doderleïn.
Trichomonas : 0.

Revue en 1952, la malade n'a pas représenté de signes de vaginite. Guérison.

Observation VIII

Mme L..., 46 ans, vient consulter pour pertes jaunes fétides, accompagnées de prurit. Ces symptômes durent depuis deux ou trois ans.

12 juillet 1950.

Examen : Vulve, plaques rouges vif sur fond rouge.
Vagin ulcérations en coup d'ongles, pertes liquides jaunes.
Col rouge, exocervicite.

Frottis : Poly. lysés ; germes très abondants, cocci. gram +.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu. 1 × 12.
Furalone ovule et pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

Le traitement amène un soulagement rapide. Le conjoint fait aussi matin et soir des badigeonnages au collu-merfène.

Après le traitement col normal, plus de pertes ni de prurit.

Revue *en juin 1951* et *octobre 1952*, la guérison se maintient.

Observation IX

M^me^ P... (J.), 45 ans, consulte en juillet 1950 pour pertes blanches, accompagnées de prurit. Pertes subissant surtout une recrudescence en automne et au printemps.

12 juillet 1950.

Examen : Vagin rouge.
Vulve rouge.
Col normal.
Corps fibromateux.

Frottis : Nombreux poly. altérés ; germes abondants gram — ; pas de Neisser.
Trichomonas +.

Traitement : Merfène ovules 6.
Injections d'hydro-merfène.
Furalone ovules, pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

Le mari se traite par la pommade au Furalone.

Le traitement fait disparaître les pertes et le prurit.

La malade est revue, des prélèvements pratiqués en *janvier 1951* et *mars 1952* n'ont pas montré de trichomonas. Guérison.

Observation X

M^me^ R... (Bl.), vient pour pertes blanches et vaginite.

Janvier 1951.

Frottis : Nombreux poly. germes abondants (entéro-coli.).
Diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules ; collu 1 × 12.
Furalone ovules ; pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

Le mari se traite également.

La malade, suivie depuis deux ans pour asthme d'origine hyperfolliculinique, n'a plus représenté de signes de vulvo-vaginite et les examens de laboratoires ont été négatifs dans la recherche du trichomonas. Guérison.

Observation XI

Mme V... (J.), 44 ans, vient en novembre 1949. Depuis six mois cette malade présente du prurit vulvaire et des pertes. Œdème de la lèvre D.

16 novembre 1949.

Examen : Vulve rouge.
Col exocervicite.

Frottis : Réaction purulente ; poly. lysés ; germes abondants cocci gram + ; coli. ; diplocoques gram — quelques-uns intracellulaires. Trichomonas +.

Traitement : Furalone ovules ; pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10.

17 avril 1953.

La malade a été calmée dès le début du traitement. Cessation complète des pertes et du prurit.

Mais a eu dernièrement quelques pertes sans prurit. Vulve normale. Col exocervicite.

Frottis : Poly. rares. Doderleïn très abondant.
Mycose : 0.
Trichomonas : 0.

Guérison.

Observation XII

Mme V... (Y.), 35 ans, vient consulter en octobre 1949, car elle a des pertes fétides par périodes et les rapports sont impossibles.

17 octobre 1949.

Examen : Presque impossible, en raison de la douleur.
Vulve : cramoisie. pertes liquides jaunes très abondantes.
Petits points grisâtres et sphacélés sur le pourtour de l'urètre.
Vagin rouge, atrésique.
Col rouge.

Frottis : Poly. lysés ; germes très abondants, surtout gram —.
Trichomonas +.

Traitement : Furalone ovules ; pommade 1 × 18.
4 poudrages avec poudre Furalone.
Gynoplix 2 × 10.

15 novembre 1949.

Vulve normale. L'introduction d'un doigt est à peine sensible, alors qu'avant cette manœuvre était impossible.

Col et vagin normaux. Pas de pertes. Les petites plages grisâtres péri-urétrales ont disparu, mais il persiste les pertes de substance correspondantes.

Frottis : Rares poly. Cocci gram + type entéro.
Trichomonas : 0.

28 février 1950.

Depuis trois mois, la malade peut avoir des rapports sexuels.
Pas de pertes, pas de prurit.

Frottis : Poly. lysés.
Germes abondants gram + et —.
Trichomonas : 0.

6 novembre 1950.

Un an après, sans doute à la suite d'une réinfection, la malade revient, car elle présente depuis les dernières règles des signes de vulvo-vaginite.

Frottis : Réaction purulente.
Germes abondants gram + (staphylo).

Coli.
Gonocoques : 0.
Mycose : 0.
Trichomonas ++.

Traitement : Merfène ovule et collu 1 × 12.
Furalone ovules et pommade 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

Le mari se traite par des badigeonnages au Collu-Merfène.

5 janvier 1951.

La vulve est normale.

La malade n'a plus de perte ni de prurit.

Frottis : Rares poly.
Germes abondants : entéro-coli.
Gonocoques : 0.
Trichomonas : 0.

En juin, octobre et décembre 1952, la malade est revue ; elle n'a plus éprouvée de symptômes de vulvo-vaginite. Les rapports sont possibles.

Les prélèvements effectués chaque fois ne montrent pas de trichomonas. Guérison.

Observation XIII

Mme A... (G.), 29 ans, vient consulter en mars 1949. Progressivement depuis son mariage en 1946, une vulvo-vaginite s'est installée avec prurit et pertes jaunes abondantes. Le diagnostic de blennorragie est peut-être porté à cette époque. La malade subit divers traitements ; sulfamides, diathermie, pénicilline I.M., puis localement.

Malgré une thérapeutique intense, continuation des pertes, prurit regressé mais atrésie vulvaire rendant tout rapport impossible.

Recrudescence de la vulvite avec les règles.

Quand la malade vient consulter, les pertes sont extrêmement abondantes coulant aux genoux.

4 mars 1949.

Examen : Vulve très rouge avec points ecchymotiques, surtout au pourtour de l'urètre, du vagin.
Vagin rouge, pertes blanc vert intenses.
Col piqueté de rouge, sur fond rouge.

Frottis : Poly ++.
Flore abondante. Coli-entéro.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Merfène 6 ovules ; badigeonnages.

13 avril 1949.

Après les règles, reprise de la vulvo-vaginite et des pertes. Pus et rougeur au niveau de l'urètre.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Merfène ovules et Collu.

Mai 1949.

Pertes tendance à la brûlure.

Etat frais : Trichomonas.
Frottis : Flore très abondante entéro ++.
Traitement : Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

20 juillet 1949.

Pas de pertes, aucune brûlure.

Reprise normale des rapports sexuels, aucune douleur.

Etat frais : Quelques poly.
Trichomonas : 0.

Frottis : Quelques bacilles gram + ; rares poly.
Trichomonas : 0.

Traitement : Gynoplix 1 × 40.

La malade revient *en septembre et novembre 1949*, elle n'a plus eu de perte, pas de démangeaisons. Vulve, vagin et col sont normaux. Il n'y a pas eu de reprise de vulvo-vaginite après les règles.

Les frottis ne montrent pas de trichomonas.

Mais le

3 décembre 1949

Quatre jours après un rapport, légère vulvite avec quelques points rouges.

Frottis : Rares poly., germes abondants, cocci gram +.
Trichomonas : 0.

Par mesure de précautions on fait :

Traitement : Ovules Merfène et Collu 1 × 12.
Injection d'hydro-merfène après les rapports.

14 janvier 1950.

Il n'y a pas de prurit. Vulve normale.

Frottis : Rares poly.
Germes abondants. Bacilles gram +.
Coli.
Trichomonas : 0.
Gonocoque : 0.

La malade est suivie, la guérison se maintient, plusieurs examens de frottis dont le dernier fait *en février 1953* ne montrent pas de trichomonas.

Guérison d'une vulvo-vaginite ancienne à trichomonas non influencée par sulfamides, pénicilline. Le borate de phényl mercure, employé d'abord seul, n'eut qu'une action transitoire ; mais associé au Gynoplix, amena la guérison.

Observation XIV.

Mme B... (M.), 40 ans, vient le 29 décembre 1950.

Depuis trois ou quatre mois, la malade a des pertes jaunes. Les examens n'ont pas décelé de Neisser. La malade a été soignée pour skénite et cervicite par la pénicilline *in situ* et des poudrages de sulfamides.

Elle est envoyée pour diathermie.

Outre les pertes, la malade souffre des lombes et de la fosse iliaque gauche.

29 décembre 1950.

Examen : Vulve : skénite bilatérale ; vulve un peu atrophique.
Vagin rouge.
Col rouge.
Annexes D. : ovaire empâté, légèrement douloureux.

Frottis : Quelques poly.
Germes abondants, Cocci gram +. Bacilles +.
Coli.
Pas de Neisser.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène Collu et ovules 1 × 18.
Furalone ovules et pommade 1 × 12.
Gynoplix 2 × 20.

Le traitement donne une poussée de vulvite médicamenteuse calmée par des badigeons au violet. La malade fait des séances de diathermie en janvier.

6 avril 1951.

La vulve est tout à fait normale.

Frottis : Germes très abondants diphtérimorphes gram + et proteus.
Trichomonas : 0.

En mars 1952, prurit dû à une mycose, mais pas de trichomonas au giemsa.

Juillet 1952.

La malade ne ressent plus aucun symptôme de vaginite. N'a plus de douleur.

17 juin 1953.

La malade est revue.

Vulve, col et vagin normaux.

Quelques petites pertes blanches.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Malade guérie par le traitement type. Pénicilline et sulfamide n'avaient eu aucune action.

Observation XV

Mlle H... (E.), 30 ans, vient en janvier 1952.

Depuis sept ans présente des pertes jaunes avec prurit.

17 janvier 1952.

Examen : Vulve normale.
Vagin pertes glairo-purulentes.
Col exocervicite légère.

Frottis : Poly. rares.
Doderleïn rares.
Vibrions.
Staphyllo nombreux.
Cocci gram — assez abondants.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu 1 × 18.
Furalone ovules et pommade 1 × 12.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

20 février 1952.

Le traitement est bien suivi.
Col et vagin normaux.
Un peu de cervicite, pertes glaireuses.
Vessie un peu douloureuse.

29 avril 1952.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Poly. rares.
Coli. très nombreux.
Trichomonas : 0.

Traitement : Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.

16 mars 1953.

La malade revient pour douleurs lombaires et rénales.

Urines troubles contenant quelques poly.

La malade, depuis le traitement, n'a plus eu de pertes prurigineuses.

Frottis : Poly. altérés.
Flore abondante prédominance Coli.
Trichomonas : 0.

Guérison d'une vaginite à trichomonas ancienne par le traitement type.

Observation XVI

Mlle V..., 26 ans, présente des pertes jaunes très abondantes, accompagnées de douleurs dans l'abdomen et les reins.

Cette malade est une hyperfolliculinique.

30 janvier 1950.

Examen : Vulve rouge.
Col rouge ulcéré, saigne facilement.

La malade est difficile à examiner en raison de la douleur provoquée.

Frottis : Poly. très nombreux.
Diplocoques gram — extra et intra-cellulaires type Neisser.
Coli rares.
Staphylo. nombreux.
Pas de trichomonas.

Traitement : Injections de vitellinate d'Ag. 1/10.
Injections de permanganate 0,25.
Ovules à la pénicilline 1 × 12.

Mars 1950.

La malade a toujours des douleurs abdominales, des pertes jaunes.
Col : exocervicite.

Frottis : Poly. lysés.
Cocci. gram +.
Pas de Neisser.
Pas de trichomonas.

Traitement : Pénicilline I.M.
Ovules Négatol.
Injections Négatol.
Ovules à la pénicilline 1 × 6.

Echec complet de ces traitements, car le

8 mai 1950

La malade a du prurit, des pertes glairo-purulentes.

La vulve est rouge, le col présente de l'exocervicite.

Culture sur milieu Peizer et Stephen négative.

Frottis : Poly. très nombreux altérés.
Coli. diplocoques gram — extra et intra-cellulaires.
Rares trichomonas lysés.

Traitement : Furalone ovules et pommade 1 × 15.

7 juin 1950.

La malade ne souffre plus du ventre depuis le traitement. N'a pas de brûlures, mais a encore quelques pertes.

Frottis : Poly. peu abondants.
Germes +. Coli, diphtérimorphes.
Pas de gonocoques.
Pas de Trichomonas.

Traitement : Merfène ovules et Collu 1 × 12.
Furalone ovules et pommade 1 × 15.
Gynoplix 2 × 10.

7 juillet 1950.

Ne souffre plus, n'a plus de pertes.

Frottis : Germes très rares.
Pas de trichomonas.

6 novembre 1950.

Pas de traitement depuis août. Quelques pertes en septembre.

Exocervicite atténuée.

Frottis : Poly. lysés.
Germes abondance moyenne (coli-entéro).
Gono : 0.
Mycose : 0.
Recherche du trichomonas légèrement positive...

Traitement : ovules et injections de Négatol.

En janvier 1953.

La malade est revue, malgré le frottis douteux de novembre 1950, elle ne se plaint plus de rien, n'a plus de pertes, ni de prurit et n'a suivi aucun traitement.

Vaginite à trichomonas prise pour une blennorragie, mais la pénicilline ne donna aucun soulagement, pas plus que les antiseptiques habituels. Le traitement de la vaginite à trichomonas a fait disparaître les douleurs et les pertes ainsi que les diplocoques gram — qui en imposaient pour une blennorragie.

Difficulté chez cette malade à mettre en évidence le trichomonas.

Observation XVII

M^me^ M... (A.), 45 ans, vient en février 1951. Depuis juillet 1950, vulvo-vaginite avec pertes liquides. Traitée par ovules au négatol qui donnent des rémissions. En décembre 1950 retour des pertes et du prurit.

Février 1951.

Examen : Vulve très rouge œdématiée.
Col très gros, piqueté de rouge.

Frottis : Réaction purulente.
Germes abondants.
Neisser : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène ovules et Collu 1 × 18.
Furalone ovules ; pommade 1 × 12.
Gynoplix 2 × 10 - 1 × 20.

2 avril 1951.

Disparition des pertes et des brûlures, très bon état local.

25 mai 1951.

Frottis : Rares poly.
Germes ++ uniquement Doderleïn.
Neisser : 0.
Trichomonas : 0.

Un an après la malade revient pour pertes.

20 mai 1952.

Reprise des pertes depuis l'hiver.

Col et vagin rouges, pertes grises.

Etat frais : Trichomonas +.

Frottis : Très nombreux poly. non altérés.
Flore abondante (entéro).
Quelques diplocoques intra et extra-cellulaires type Neisser.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

25 juillet 1952.

Aucune brûlure depuis l'arrêt du traitement.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Traitement : Désogène. 2 injections par jour pendant un mois.

15 octobre 1952.

Aucune perte, pas de prurit.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Nombreux poly. lysés.
Flore abondante.
La recherche du trichomonas paraît + mais trichomonas très altérés...

Cette malade paraîtrait avoir eu un échec par le traitement, pourtant guérison clinique.

Revue en *juin 1953*, n'a plus présenté de signe de vulvo-vaginite.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Giemsa : Trichomonas : 0.

Guérison.

OBSERVATION XVIII.

Mme A... (A.), 21 ans, vient consulter en août 1952. Une semaine après les premiers rapports, pertes de sang et douleur atroce dans l'abdomen. Règles augmentées et traînantes.

Pertes jaunes prurigineuses.

Douleurs dans tout l'hypogastre, irradiations dans les lombes.

Devant ce tableau (juillet 1952) on ordonne repos au lit, glace, auréomycine, tifomycine, acéto-stérandryl.

23 août 1952.

La malade souffre des ovaires.

Pertes jaunes abondantes, prurit.

Examen : Vulve rouge.
Col endocervicite purulente.
Ovaires : droit grosse noix ; gauche bosselé, grosseur mandarine.

Frottis : Poly. nombreux.
Flore gram +.
Rares filaments mycéliens.
Trichomonas +.

Traitement : Merfène ovules et Collu.
Furalone.
Injections matin et soir en alternant : borate de soude. Désogène.
Gynoplix pendant les règles.

Parallèlement la malade reçoit des piqûres de didromycine et bipénicilline pendant quinze jours.

22 septembre 1952.

Douleur dans les deux fosses iliaques.

Masse gauche très douloureuse.

Mais vulve et vagin presque normaux, pas de prurit.

Frottis : Poly. isolés.
Rares coli.
Pas de gonocoques.
Pas de trichomonas.

Des frottis du 7 et 20 octobre ne montrent pas de trichomonas. La malade n'a plus de vaginite, mais on pense à une tuberculose génitale, car les culs-de-sac sont toujours douloureux, l'utérus est gros et douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac empâtés.

29 janvier 1953.

Frottis : Poly. : 0.
Flore ++ cutis commune.
Trichomonas : 0.

La malade est au repos. P.A.S. Strepto-Calcium.

Revue en *avril 1953*, l'état général est bon, la vaginite a complètement disparu avec le traitement dirigé contre le trichomonas non influencé par les antibiotiques : auréomycine, tifomycine, pénicilline, streptomycine.

Observation XIX

M^lle D... (S.), 22 ans, vient consulter en janvier 1952. Depuis des rapports en août 1951, présente des pertes très abondantes avec prurit.

On a porté le diagnostic de blennorragie.

La malade a été traitée successivement par la pénicilline, les sulfamides, la streptomycine. Localement, elle a mis des ovules métavaccin et des ovules à la pénicilline.

Les symptômes n'ont pas régressé.

17 janvier 1952.

Examen : Vulve un peu rouge, points ecchymotiques.
Vagin pertes grises.
Col exocervicite légère.

Etat frais : Trichomonas ++.

Frottis : Poly. altérés.
Flore + entéro.
Pas de Neisser.
Trichomonas +.

Traitement : Auréomycine 8 capsules.
Pommade auréomycine 3 %.

20 février 1952.

La malade a bien supporté le traitement.
Vulve tout à fait normale.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Poly. très rares.
Doderleïn.
Trichomonas : 0.

Traitement : Furalone ovules. Pommade 1 × 12.

10 mars 1952.

Arrêt du traitement depuis huit jours et reprise des pertes et du prurit depuis deux jours.

Etat frais : Trichomonas ++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Le trichomonas disparaît des frottis, mais le

12 mai 1952

Après l'arrêt du traitement, quelques pertes.

Vulve rouge.

Vagin rouge pertes grises.

(La malade dit avoir peu enfoncé les ovules.)

Etat frais : Trichomonas ++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.
4 badigeonnages à l'hydro-merfène.

9 juillet 1952.

Le gynoplix est cessé depuis dix-huit jours.

Retour des pertes après les règles.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Traitement : Roquessine ovules et gelée I × 6.
Injections Désogène.

La malade n'accuse plus de signe de vaginite.

Résistante à divers traitements, paraît guérie.

Observation XX.

Mlle G... (J.), 18 ans 1/2, vient le 7 novembre 1951. Depuis octobre, présente des pertes jaunes avec prurit vulvaire et parfois cystite.

7 novembre 1951.

Examen : Vulve rouge, pertes grises, grandes lèvres irritées.
Vagin rouge pertes grises, spumeuses.

Etat frais : Nombreux trichomonas.

Traitement : Merfène ovule et Collu I × 18.
Furalone.
Gynoplix.

Amélioration dès le début du traitement.

16 janvier 1952.

Après douze jours d'arrêt du traitement, les pertes reviennent avec prurit. Rougeurs vulvaires et périvulvaires. Pertes abondantes. Vagin rouge et granuleux.

Etat frais : Quelques trichomonas.

Traitement : Auréomycine 8 capsules.
Pommade à 3 %.

1er février 1952.

Traitement bien supporté, peu de prurit mais vulve et vagin rouges.

Etat frais : Un trichomonas mobile.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

21 mars 1952.

Traitement terminé depuis dix jours.

Les pertes ont reparu avec le prurit.

Pourtour vulvaire rouge, vulve et vagin rouges, pertes grises.

Etat frais : Trichomonas ++.

Frottis : Poly. nombreux lysés.
Flore abondante coli.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

30 mai 1952.

Arrêt du traitement, il y a dix jours ; depuis léger prurit. Vulve légèrement rouge. Vagin très rouge.

Etat frais : Nombreux trichomonas.

Traitement : Désogène.

Après quinze jours d'injections biquotidiennes de Désogène, disparition du prurit et des pertes.

Vulve un peu rouge.

18 juin 1952.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Nombreux poly. lysés.
Coli.
Trichomonas : 0.

Malade résistante à plusieurs traitements. Le Désogène paraît avoir fait disparaître les trichomonas. Mais on manque de recul pour affirmer la guérison.

Observation XXI

Mme D... (O.), 32 ans, vient le 3 mai 1952. Après son mariage en 1946, a souffert de prurit vulvaire et de cystite. Actuellement a des pertes très abondantes, jaunes, très liquides.

3 mai 1952.

Examen : Vulve légèrement rouge.
Vagin pertes spumeuses.
Col exocervicite.
Vessie douloureuse.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Très améliorée par le traitement. Pas de prurit. Vessie à peine sensible. Vulve et vagin couleur normale.

1er septembre 1952.

Retour des pertes et du prurit depuis le 15 juillet, après les règles. Mais le traitement a été négligé.

Etat frais : Trichomonas ++.

Traitement : Injections de Désogène.

27 octobre 1952.

Absence de pertes et de prurit après quinze jours, sans Désogène.

Vagin et vulve normaux.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Flore peu abondante.
Rares poly.
Trichomonas : 0.

Traitement : Désogène.
Gynoplix pour consolider la guérison.

Observation XXII

Mlle G... (H.), 25 ans, vient consulter en janvier 1952 pour pertes jaunes très abondantes accompagnées d'irritation, apparues quinze jours après des rapports.

16 janvier 1952.

Examen : Vulve rouge.
Vagin rouge pertes jaunes.

Frottis : Poly. nombreux. Coli. très nombreux, vibrions.
Bacilles Doderleïn rares.
Trichomonas ++.

Traitement : Auréomycine 8 capsules.
Pommade à l'auréomycine à 3 %.

31 janvier 1952.

Le traitement est bien supporté, pas de brûlures (la malade a pris des injections de bicarbonate).

Etat frais : Pas de trichomonas.

Traitement : Merfène ovules et vita-merfène.
Gynoplix.

13 février 1952.

La malade n'a pas supporté le gynoplix. Elle a encore quelques pertes.

Traitement : Furalone ovules, pommade.

7 mars 1952.

Frottis : Poly. nombreux. Doderleïn nombreux. Staphyllo. rares.
Rares trichomonas.

Traitement : Merfène ovules et collu-merfène.
Furalone ovules et pommade.
Désogène.

7 mai 1952.

Le Désogène a donné une forte irritation.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Désogène 8 jours.
Merfène 8 jours.
Furalone 8 jours.

6 juin 1952.

La malade n'a plus de pertes.

Frottis : Flore peu abondante, pas de trichomonas.

18 juillet 1952.

Pas de pertes, pas de prurit. Vulve et vagin normaux.

Etat frais : Pas de trichomonas.

Frottis : Germes : 0 ; poly. : 0 ; trichomonas : 0.

6 mars 1953.

Malade revue pour cystite, n'a plus de pertes.

Frottis : Coli. nombreux ; staphylo. nombreux ; poly.
Mycose : 0.
Trichomonas : 0.

Malade non guérie par l'auréomycine, la guérison étant obtenue avec l'association : Merfène, Furalone, Désogène, ce produit remplaçant le Stovarsol non supporté.

Observation XXIII

Mme M... (M.-L.), 39 ans, vient consulter le 29 mai 1951. Depuis 1949, la malade présente des douleurs dans tout l'abdomen, des pertes et une vulvo-vaginite résistant à tous les traitements : pénicilline, ovules furalone, crayons gynamide, attouchements au négatol, cures à Saint-Sauveur. La malade a également mis pendant un an des

ovules merfène, mais ces diverses thérapeutiques n'ont pas donné de résultat.

La malade présente en outre de la colibacillose ; urines troubles, brûlures à la miction, colites.

29 mai 1951.

Examen : Vulve : plaques rouges autour de l'urètre et des replis.
Vagin : pertes spumeuses abondantes.
Col : piqueté rouge.

Etat frais : Trichomonas +++.

Frottis : Poly.
Germes abondants (entéro-coli.).
Bacilles gram +.
Quelques diplocoques gram —.
Neisser : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : 1re pulvérisation d'auréomycine : 1 er juin.
2e pulvérisation d'auréomycine : 2 juin.
3e pulvérisation d'auréomycine : 4 juin.
4e pulvérisation d'auréomycine :
Auréomycine : 8 capsules.

11 juin 1951.

Auréomycine bien supportée (malade a pris injection bicarbonate avant de mettre les capsules).

Les points rouges vulvaires ont à peu près disparu.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Rares poly., rares germes.
Muguet : 0.
Trichomonas : 0.

25 juin 1951.

Pertes glaireuses, quelques brûlures.

Etat frais : 1 ou 2 trichomonas.

Echec du traitement à l'auréomycine.

Traitement : Furalone 1 × 18.

4 juillet 1951.

Léger prurit médicamentaux.

Frottis : Rares poly.
Rares staphylo.
Neisser : 0.
Muguet : 0.
Rares trichomonas.

Traitement : Iodochloroxyquinoléine 1 × 12.
Merfène ovules et collu 1 × 18.
Gynoplix 2 × 10.

19 juillet 1951.

Vulve normale. Vagin normal.

Etat frais : Trichomonas : 0.

La malade est revue plusieurs fois pour troubles urinaires et colitiques, mais elle ne présente plus de vaginite et les prélèvements faits de *septembre 1951* à *juin 1953* n'ont jamais montré de trichomonas.

Malade guérie par Merfène-Gynoplix-Quinoléine, ce produit remplaçant le Furalone non supporté. L'auréomycine n'avait pas amené de guérison durable.

Observation XXIV

Mme R... (G.), 28 ans. Cette malade a des pertes jaunes abondantes depuis neuf mois. Ces pertes très abondantes ne sont pas accompagnées d'irritation.

28 août 1951.

Examen : Vulve rouge.
Vagin rouge, pertes grises très liquides.
Col normal.

Frottis : Nombreux poly. lysés. Flore +++ (coli-entéro).
Quelques diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

25 septembre 1951.

Plus de pertes, muqueuses normales.

Frottis : Poly. : 0 ; germes ++.
Neisser : 0,.
Trichomonas : 0.

On finit le traitement précédent.

15 octobre 1951.

Quelques pertes jaunes sans prurit.

Frottis : Poly. altérés.
Germes +++.
Muguet : 0.
Trichomonas : 0.

Mais localement suspect aussi.

Traitement : Auréomycine 8 capsules.
Merfène ovules Collu 1 × 18.
Furalone ovules, pommade 1 × 12.
Iodochloroxyquinoléine 2 × 15.

9 janvier 1953.

Malade revue pour métrite banale.

Frottis : Poly. assez nombreux.
Staphylo. rares.
Entéro. nombreux.
Trichomonas : 0.

Est guérie de sa vaginite à trichomonas depuis 1951.

Observation XXV

M^lle B... (M.), 16 ans, lors de la consultation en mars 1950, présente des pertes jaunes abondantes avec parfois brûlures vulvaires.

1er mars 1950.

Examen : Vulve un peu rouge.
Vagin pertes blanches.
Col légère exocervicite.

Frottis : Poly. rares, entéro. nombreux, staphylo. nombreux.
Gono. : 0.
Trichomonas : 0.

Traitement : Gynoplix.

22 février 1951.

Les pertes et le prurit avaient diminué avec le gynoplix. Mais à nouveau pertes jaunes abondantes.

Vulve rouge avec pertes jaunes liquides. Col rouge.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

19 mai 1951.

Presque plus de pertes. Vulve encore un peu rouge.

Frottis : Quelques poly. germes très abondants surtout bacilles diphtérimorphes et entéro.
Neisser : 0.
Trichomonas : 0.

23 juillet 1951.

Pertes jaunes.

Etat frais : Trichomonas +++.

Frottis : Poly. altérés, germes ++.
Cocci gram +, entéro.
Neisser : 0.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

13 novembre 1951.

Pertes jaunes malgré traitement pendant deux mois.

Etat frais : 1 trichomonas mobile.

Traitement : Roquessine ovule 1 × 6.
Iodochloroxyquinoléine 1 × 6.

8 octobre 1951.

Pertes spumeuses sans prurit au moment des règles.

Vagin et col rouges.

Etat frais : Trichomonas +.

Frottis : Nombreux poly. altérés.
Flore ++.
Trichomonas +++.

Traitement : Désogène.
Gynoplix.

Mai 1953.

Pertes sans prurit. Vulve et vagin un peu rouge.

Frottis : Très nombreux poly. lysés.
Présence de rares diplocoques gram — extra-cellulaires.
Trichomonas ++.

Traitement : Roquessine ovule et gelée 1 × 12.
Désogène.

Echec des traitements divers. Peut-être recontamination.

Observation XXVI

M^lle F... (H.), 13 ans 1/2, vient en janvier 1952. Depuis quelque temps a des pertes causant un violent prurit vulvaire.

Pertes jaunes très abondantes, non influencées par un traitement par les ovules à la pénicilline et injections au borate de soude.

17 janvier 1952.

Examen : Vulve un peu rouge. Grands cercles rouges sur les grandes lèvres et les cuisses.
Vagin rouge, granuleux, pertes jaunes liquides abondantes.

Frottis : Nombreux poly. Diplocoques gram — type Neisser intra et extra-cellulaires.
Trichomonas +++.

Traitement : Auréomycine 8 capsules.
Pommade à 3 %.

7 février 1952.

Le traitement est bien supporté.

Etat frais : Rares trichomonas.

Traitement : Furalone 18.
Gynoplix 2 × 10, 1 × 20.
Gynarsol.

27 mars 1952.

Pas de pertes ni de démangeaisons. Vulve, vagin et col normaux.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Poly. nombreux. Staphylo. rares.
Coli rares.
Rares trichomonas.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix.

Juin 1952.

Vulve et vagin normaux, mais

Etat frais : trichomonas +.

Traitement : 10 badigeons d'hydro-merfène.
18 ovules Merfène.
18 ovules Roquessine et gelée.
Furalone.
Gynoplix.
Injections de Désogène.

9 octobre 1952.

Traitement cessé, il y a quinze jours reprises des pertes.

Frottis : Rares poly. Doderleïn à l'état pur.
Trichomonas : 0.

8 janvier 1953.

Toujours quelques pertes jaunes purulentes. Vagin et col un peu rouges.

Frottis : Poly. nombreux.
Entéro-coli.
Rares trichomonas.

Traitement : Furalone.
Désogène.

Echec des traitements. Sans doute contage familial.

Observation XXVII

M^lle L... (M.), 6 ans, est amenée, car depuis plus d'un an, présente des pertes jaunes, vraisemblablement contaminée par la grand'mère et la mère, présentant une vaginite à trichomonas.

La Roquessine n'a pas amélioré la jeune malade, ni les lavages au gynolactomose pratiqués jusqu'alors.

22 décembre 1951.

Examen : Vulve rouge, cramoisie.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : 1/2 capsule d'auréomycine tous les 2 jours.
Badigeonnage avec pommade à 1 % pendant 15 jours.

27 juin 1951.

L'auréomycine avait donné une diminution des pertes. La vulve est toujours très rouge. Quelques pertes.

Traitement : injections intra-vaginales d'hydro-merfène 1/4 mais 2 injections déterminent des douleurs à type de torsion.

La malade n'est pas revue.

Observation XXVIII

Mme M... (L.), 55 ans, vient consulter en mai 1948. La malade éprouve des brûlures à la miction. Quelques démangeaisons vulvaires et quelques pertes avec de la cystite. Troubles durant depuis plusieurs années.

26 mai 1948.

Examen : Vulve enflée.
Vagin, col : très rouges, pertes purulentes.

Frottis : Poly. très nombreux. Coli abondants. Absence de diplocoque gram —.

Traitement : Vitellinate d'Ag 1/10.
Mictasol bleu.

17 juin 1948.

Plus de cystite ni de démangeaisons.

3 juillet 1949.

Présente à nouveau un peu de vulvite et de cystite avec pertes jaunes. Vulve rouge. Vagin et col rouges.

Frottis : Poly. altérés. Flore peu abondante.
Quelques cocci gram +, entéro.
Quelques coli, rares diplocoques gram — extracellulaires.
Trichomonas +.

Traitement : 2 badigeonnages au Merfène.
Ovules de Merfène 1 × 6.

19 juillet 1949.

Amélioration rapide. Vulve et vagin à peine rouges, pas de cystite, pas de brûlures.

Frottis : Poly. Flore peu abondante, cocci gram +.
Entéro, pas de muguet.
Pas de trichomonas.

En 1952 et en 1953.

La malade revue, ne se plaint plus de rien.

Observation XXIX

M^me^ R... (M.), 39 ans, vient consulter en novembre 1952, car depuis dix-huit mois, elle présente des pertes jaunes prurigineuses résistantes à tous les traitements.

7 novembre 1952.

Vuve rouge. Vagin rouge. Col rouge.

Frottis : Poly. rares. Coli très nombreux. Staphylo rares.
Trichomonas +.

Traitement : Désogène.

10 novembre 1952.

Soulagée par les injections, la malade a encore la vulve un peu rouge et présente quelques pertes.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix-Gynarsol.

La malade revue en *mars 1953*, n'a plus de vaginite.

Observation XXX

M^lle^ R... (M.), 20 ans, a depuis neuf mois des pertes blanches très abondantes et douleurs abdominales.

25 juillet 1952.

Examen : Vagin pertes purulentes.
Col exocervicite.

Frottis : Poly. Coli nombreux. Staphylo nombreux.
Trichomonas +.

Traitement : Désogène.

23 septembre 1952.

Injections arrêtées le 18 août, depuis reprises des douleurs abdominales et des pertes jaunes prurigineuses.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix-Gynarsol.

22 novembre 1952.

Plus de pertes ni de démangeaisons ; arrêt du traitement il y a huit jours, moins de fatigue.

Frottis : Staphylo rares ; poly : 0.
Trichomonas : 0.

Traitement : Désogène.

10 janvier 1953.

A cessé de se soigner, reprise des pertes.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Merfène, 12 jours.
Roquessine, 12 jours.
Furalone, 12 jours.
Gynoplix, 2 × 10, 1 × 20.
Gynarsol 1 × 20.

30 mars 1953.

Traitement terminé le 20 mars.

Quelques pertes jaunes, exocervicite légère.

Frottis : Trichomonas : 0.
Poly. rares. Doderleïn abondants.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Observation XXXI

Mme G... (S.), 26 ans, vient le 24 septembre 1952. Depuis un accouchement en 1948, elle ressent des douleurs abdominales avec irradiations dans les lombes. Pertes jaunes prurigineuses.

A eu deux crises de pelvi-péritonite.

24 septembre 1952.

Examen : Vulve normale.
Vagin pertes purulentes.
Col gros, exocervicite.
Corps gros, douloureux.
Annexe D. très douloureux.

Etat frais : Trichomonas +.

Traitement : Désogène.

4 octobre 1952.

Frottis : Streptocoques rares. Coli nombreux. Poly nombreux. Entéro.
Trichomonas : 0.

22 octobre 1952.

Frottis : Nombreux poly. lysés. Flore +. Trichomonas +++.

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix-Gynarsol.

La malade n'est pas revue.

Observation XXXII

M^lle P... (E.), vient le 10 novembre 1952. La malade ressent une grande fatigue générale, a des pertes jaunes vertes, très prurigineuses.

10 novembre 1952.

Examen : Vulve un peu rouge.
Col rouge saignant.

Etat frais : Trichomonas +++.

Frottis : Poly. abondants. Coli très nombreux intra et extra-cellulaires. Staphylo rares.
Trichomonas +++.

Traitement : Merfène.
Furalone.
Gynoplix-Gynarsol.

20 mars 1953.

Etat frais : Trichomonas : 0.

Frottis : Poly. rares. Bacilles Doderleïn ++.
Trichomonas : 0.

Traitement : Désogène.

8 avril 1953.

Les injections sont arrêtées depuis sept jours, les pertes ont réapparu. (La malade dit ne pas avoir eu de rapports.)

Etat frais : Trichomonas +++.

Traitement : Roquessine.
Merfène-Furalone.

La malade n'est pas revue.

COMMENTAIRES SUR LES OBSERVATIONS

L'étude de ces observations nous a permis de faire certaines remarques :

— Parfois le traitement type : borate de phényl mercure, 5-nitro-2-furaldéhyde semi-carbazone et stovarsol, n'avait pas réussi à venir à bout de l'infection trichomonadienne, mais l'adjonction d'un produit nouveau a permis d'arriver à la guérison (obs. 10, 2 ; XXI, XX).

— Certaines malades avaient subi un traitement par la pénicilline par voie générale et aussi par voie locale, traitement n'ayant eu aucune action sur leur vaginite (obs. XXIII, XIX, XIV ; 10).

De même les sulfamides *in situ* sont inopérants (obs. XIV).

L'auréomycine employée localement comme seul traitement n'amène pas la disparition du parasite (obs. XXIII, XXVI).

Cet antibiotique par voie générale n'a aucune efficacité (obs. XVIII) ; il en est de même pour la streptomycine.

Il est difficile de s'expliquer certaines récidives au bout de plusieurs mois, et même un an (obs. XXI ; 5). On est en droit de penser dans ces cas que le partenaire ne s'étant pas traité ou ayant changé, il y a eu réinfestation.

Dans d'autres cas, on a la notion d'un contage familial (obs. XXVI, XXVII).

Pour d'autres malades, le traitement habituel fut très efficace, il n'y eut aucune récidive. Les conjoints s'étaient traités et c'est peut-être la raison de ces guérisons rapides et maintenues (obs. 1, 7 ; VII, VIII, IX, X).

Ces guérisons furent observées même dans les cas de vaginites anciennes.

Les malades qui n'ont pas de rapports sexuels guérissent en général rapidement et n'ont pas de récidives.

Nous avons souvent remarqué que certaines malades qui accusaient des douleurs lombaires et abdominales, de la cystite, voyaient ces symptômes disparaîtrent avec le traitement de la vaginite et la guérison de celle-ci (obs. V, XVI, XX, XXI).

Chez certaines malades, l'infection trichomonadienne avait déterminé une atrésie vulvaire rendant tout rapport impossible. Sous l'influence du traitement et avec la disparition du parasite, les muqueuses redevinrent normales et ces malades purent reprendre les relations sexuelles (obs. XIII, XIV, XII ; 10).

L'examen des frottis vaginaux des malades montrent à la phase aiguë de la vaginite presque uniquement des cellules basales. Or une fois l'affection guérie, l'épithélium vaginal se reconstitue, les cellules œstrogènes réapparaissent, il est donc inutile de faire un traitement hormonal par voie générale. Traitement présentant certains dangers.

Certaines malades, bien que présentant une vaginite à trichomonas, étaient des hyperfolliculiniques (obs. X, XVI ; 6). La carence en œstrogènes ne peut donc pas être mise en cause dans ces cas-là.

Dans la plupart des cas, la flore microbienne d'accompagnement se clarifie avec les produits employés contre le trichomonas, d'où l'inutilité de l'emploi d'ovules à la

pénicilline ou aux sulfamides, risquant par ailleurs de donner des pénicillo ou des sulfamido-résistances.

Très souvent, parmi cette flore microbienne, on remarque des diplocoques gram négatif extracellulaires et même intra- cellulaires. Ces germes suspects disparaissent quand le traitement anti-trichomonadien fait disparaître le parasite et ils réapparaissent avec lui lors d'une éventuelle récidive (obs. XI, XVI, XVII, XXIII, XXVI, XXVIII ; 5).

Nous n'avons rapporté que les observations de malades ayant un recul suffisant pour pouvoir affirmer la guérison. Nombre d'autres malades traitées seulement depuis quelques semaines ou quelques mois ne présentent plus de trichomonas, ni de symptômes de vaginites.

Des malades ayant subi un traitement n'ont pas été revues et l'on ne peut pas savoir s'il y a eu guérison.

Sur l'ensemble des malades revues, deux restent réfractaires, malgré une thérapeutique variant les produits (obs. XXV, XXVI).

Dans un troisième cas, il s'agit d'une enfant de 6 ans qui paraît résister au traitement. Il est évidemment plus difficile de traiter les enfants et les vierges.

Dans le cas des deux fillettes (obs. XXVI, XXVII), on a la notion d'un contage familial qui est peut-être à l'origine de cette résistance au traitement.

Deux malades furent longtemps résistantes, mais paraissent guéries (obs. XIX, XX).

Chaque fois que l'on a pu avoir l'assurance que la malade avait suivi consciencieusement le traitement, la guérison a été obtenue et maintenue.

Il est difficile de savoir si les patientes suivent la thérapeutique prescrite.

Les produits employés furent, en général, bien tolérés.

Cependant, chez deux malades (obs. XIV ; 10), le borate de phényl-mercure donna de l'irritation qui cessa à l'arrêt du traitement.

L'auréomycine a donné également une forte irritation, avec brûlure, nécessitant l'arrêt du traitement chez trois malades (obs. 3, 9, 10).

Certaines malades qui associèrent des injections de bicarbonate de soude au traitement par l'auréomycine, le supportèrent sans inconvénient (obs. XXII, XXIII).

Le stovarsol provoqua des brûlures chez deux malades (obs. V, XXII).

Le méthosulfate de méthyl-phényl-dodécyl-triméthyl ammonium est souvent mal toléré localement, donnant de vives brûlures.

Le furaldéhyde semi-carbazone détermina une irritation locale chez une malade (obs. XXIII).

RAPPEL DES DIVERS TRAITEMENTS

Les traitements employés dans la vaginite à trichomonas sont très nombreux et nous n'avons pas la prétention de les citer tous ici.

— Les uns font appel aux divers antiseptiques communément employés en gynécologie, ou à des produits plus récents ;

— D'autres mettent en action les antipaludéens ;

— Les antibiotiques et les bactériostatiques furent également essayés ;

— Enfin, certains auteurs appliquèrent des traitements à visées pathogéniques, en vue de modifier le milieu vaginal ;

— D'autres firent des essais de vaccins.

ANTISEPTIQUES

Sels mercuriels.

HOEHNE a recours au bichlorure de mercure à 1 °/oo pour déterger le vagin. Puis il assèche et badigeonne la muqueuse vaginale à la glycérine boratée à 10 ou 20 % : d'abord attouchement journalier, puis tous les deux jours, puis deux fois par semaine.

VIGNES, KISSLING, RIFF, SCHIMD et KAMMIKER appliquent des traitements analogues.

De Lee conseille le repos au lit, le décapage du vagin au savon vert. Puis des injections de sublimé à 1 ‰ et tamponnement à la glycérine bicarbonatée.

Davis et Kleegman emploient le mercurochrome en solution à 20 %.

Davis nettoie le vagin au lysol, l'assèche et emploie le mercurochrome, puis fait une application d'acide pyroligneux et enfin met en place un tampon recouvert de pâte de Lassar (acide salicylique, oxyde de zinc, amidon, pétrole).

Furniss utilise le bichlorure de mercure à 1 ‰ en injection et obtient 24 guérisons sur 34 cas traités.

Witzig et Chatillon pratiquent des badigeonnages au Merfen-orange à 48 heures d'intervalle et la mise en place d'ovules au Merfene (borate de phényl mercure).

Acide picrique.

Bland, après lavage de la vulve et du vagin au savon vert et après séchage, badigeonne soigneusement le vagin avec une solution aqueuse d'acide picrique à 1 % et ordonne des injections biquotidiennes d'acide lactique à 1 %.

Perez et Blanchard ont expérimenté l'acide picrique mélangé au sulfate de quinine et au kaolin.

Goodhall prescrit pendant 5 à 10 jours les ovules suivants :

Acide picrique	1 g.
Borate de zinc	0 g. 50
Aldélyde formique	10 g.
Tétrachlorure de Na	10 g.
Hydrasline	0 g. 005
Boro-glycérine	100 g.

Winter emploie l'acide picrique en solution à 1 % avec le sulfate de quinine (15 g.) et ajoute du bicarbonate de soude.

Sels d'argent.

DAVIS se sert de la solution à 2 et 5 % de nitrate d'argent.

KISSLING et RIFF emploient une solution à 1/50 en attouchements, suivis de lavage au sublimé.

SHELANSKY emploie le picrate d'argent en solution à 1 % avec du kaolin en pulvérisation, puis mise en place d'ovules à base du même sel.

Ils obtiendraient ainsi 86,2 % de guérisons.

Arsenic.

Il est le plus employé.

RAKOFF préconise l'acétarsone et le carbazone (acide P. carbamino-phénylarsinique).

BLAND, après nettoyage du vagin au savon vert à 5 %, pulvérise un mélange acétarsone-carbazone additionné à parties égales de kaolin et bicarbonate de soude. Ceci pendant 3 jours consécutifs, puis repos de 3 jours.

LEVINSON utilise l'osarsol.

MOLINERO emploie le stovarsol.

RODECURT, TEMPE, HEES, KISSLING se servent du Devegan (acide borique, hydrates de carbone solubles, acide-4-oxy-3-acétilaminophénylarsinique).

RODECURT place deux tablettes pendant quinze jours, ensuite une pendant un mois, deux par semaine pendant quinze jours, puis une pendant les jours précédant et suivant les règles.

En plus, il donne de l'arsenic *per os* et demande aux malades de ne pas avoir de rapports pendant le traitement.

PÉREZ et BLANCHARD pensent que l'efficacité du produit diminue avec la durée du traitement comme si le trichomonas présentait une certaine adaptation ; aussi font-ils des applications d'acide picrique.

Varangot et Zaidman préconisent le furalone (5-nitro-2-furaldéhyde semi-carbazone) sous forme d'ovules contenant :

10 mg. de furalone,
1 mg. d'acide doïsynolique (œstrogène de synthèse),

un ovule deux fois par semaine pendant deux semaines. Sur 24 cas traités, ils eurent 6 récidives et employèrent alors une poudre à 2 % en pulvérisation, traitant soigneusement l'urètre et toute la vulve.

Iode.

Graham fait des badigeonnages avec une solution de teinture d'iode étendue.

Rodecurt préconise le Yatren 105 sous forme de pilules placées dans le vagin.

Kissling emploie aussi cette thérapeutique. C'est un mélange d'acide 7-iode-8-oxyquinoléine-5-sulfurique avec du bicarbonate de soude. Il contient 26,5 % d'iode.

Rodecurt, en poursuivant cette thérapeutique pendant des mois, enregistre des résultats favorables, mais aussi des récidives.

Reich préconise les pulvérisations d'Argyrol en poudre.

Chlorure de sodium.

Schwartz et Kalder traitent leur malade par des irrigations quotidiennes tièdes avec une solution composée d'un verre de sel de cuisine dissous dans 4 verres d'eau tiède.

Vayssière et Chossa, donnent des injections de ClNa à 25 %.

So^4Cu.

Ruble l'emploie en solution à 1/500.

Bleu de méthylène.

GREENHILL utilise localement la solution suivante :

Bleu de méthylène en solution aqueuse à 10 %	25 cc.
Glycérine	64 cc.
Eau distillée Q.S.P.	1.000 cc.

Soit avec cette méthode, soit avec des injections d'acide lactique à 1/2 %, il obtient 89,6 % de guérison.

Permanganate de potasse.

Escomel l'emploie en irrigations biquotidiennes, en solution à 1/4.000.

VERMELIN fait un lavage au permanganate à 1/4.000, puis des attouchements au mercurochrome et à la teinture d'iode.

Dettol.

Mélange d'huile aromatique avec un dérivé du xylol, est employé en Angleterre en attouchement ou irrigation en solution à 5 ou 10 %.

Négatol.

Complexe colloïdal à charge électrique négative et *p*H à 0,60 est employé en attouchements par KLEEGMANN qui obtient ainsi 37,3 % de guérison et 81,2 % de sédation des symptômes de vaginite.

Produits détergents. Dérivés de l'ammonium.

En étudiant les produits actifs sur le trichomonas, JOHNSON et TRUSSEL retiennent, outre le chlorure phénylmercurique, le picrate d'argent, etc., le chlorure d'ammonium-p.-tertiaire-octyl-phényl-diethoxy-diméthyl-benzyl.

MAC DONALD et TATUM étudient à leur tour ces dérivés de l'ammonium et prouvent leur efficacité *in vitro* contre le Trichomonas.

Mouyade emploie le Désogène (méthosulfate de méthyl-phényl-dodécyl-triméthyl ammonium) en injections bi-quotidiennes en solution aqueuse à 1/2.000. Après une semaine de traitement les 8 cas présentaient des frottis négatifs.

Hundley et ses collaborateurs traitent leur malade par le tétronyl : mélange de chlorure de alkyl-diméthyl-dichlorobenzyl-ammonium et de bromure de alkényl-diméthyl-éthyl-ammonium supporté par le carboxyméthyl-cellulose de sodium.

Une insufflation de poudre par semaine et deux applications journalières de gelée.

Ils obtiennent 94 % de succès.

Laffont-Pestre et Mandoul emploient le désogène et d'autres dérivés d'ammonium quaternaire cationique. Sur de nombreuses malades traitées, ils obtiennent la disparition du parasite en huit jours.

ANTI-PALUDÉENS

Quinacrine.

M. P. Martin s'adresse au dérivé dichlorydrate d'acridine (quinacrine). Il fait prendre une injection d'eau bouillie à ses malades pour éliminer les sécrétions, puis préconise l'injection médicamenteuse suivante : solution de 30 cg. de quinacrine dans 200 g. d'eau bouillie tiède. La pénétration et l'imprégnation des moindres replis est très importante, l'injection devant réaliser un « véritable bain vaginal ». Après l'injection la malade fera un badigeonnage soigneux de la vulve avec la solution médicamenteuse.

Avec ce traitement l'auteur signale la disparition des parasites dans les 27 cas traités.

Le traitement est poursuivi cinq à six jours.

Les échecs viendraient d'une mauvaise application du traitement.

Nivaquine.

Netter-Philipps et James préconisent le 3377 R.P. (nivaquine).

Application pendant cinq à six semaines d'ovules à 0 g. 150 de 3-méthyl-4-diéthyl-amino-isopentyl-7-chloro-quinoléine (les comprimés sont irritants pour la muqueuse vaginale).

Sur 15 cas traités, 4 ne furent pas revus et 3 restèrent guéris après deux mois.

Conessine.

Sicard-Pariente et Godet emploient des ovules glycérinés tamponnés à *p*H 4 contenant :

Bromhydrate de conessine	0,20
1162 F	0,50

La malade commence par prendre pendant cinq jours une injection stérile et par mettre un ovule pénicilliné ou sulfamidé. Puis pendant sept jours met les ovules à la conessine, en même temps elle prend des œstrogènes.

Par la suite, injection d'acide lactique en solution à 10 % et ovules lactosés contenant des bacilles de Doderleïn en suspension.

Le traitement par les ovules conessine-sulfamide est repris après les règles suivantes et on continue les bains vaginaux acides pendant 2 cycles complets.

Par ce traitement à la fois hormonal, bactériostatique et trichomonodicide, les auteurs sur 48 malades traitées constatent la disparition du parasite chez 34 (dans 3 cas, 3 mois après la fin du traitement).

Antibiotiques et bactériostatiques.

Les sulfamides sont employés en ovules le plus souvent associés à d'autres traitements.

La pénicilline sous forme d'ovules, sert aussi de traitement d'appoint.

Bacheev utilise la grammicidine.

Greene préconise les ovules à la terramycine.

Introduction d'un ovule pendant sept jours. Pas de rapports pendant le traitement.

Pour éviter les rechutes, on recommence ce traitement durant les trois périodes menstruelles suivantes.

Sur 21 malades traitées, une seule présenta une rechute guérie par un deuxième traitement.

Pour 14 malades, le recul est de 6 mois et même 10 mois.

Macway et ses collaborateurs emploient l'auréomycine.

Pendant huit jours ils pulvérisent sur le col, le vagin, la vulve une poudre composée de talc et d'auréomycine. Puis ils continuent le traitement par la mise en place chaque soir dans le vagin d'une capsule contenant 0 g. 25 d'auréomycine.

Sur 54 cas, il y eut neuf fois apparition d'un érythème.

Ils eurent plusieurs cas de guérisons maintenues au bout de six mois, mais il y eut aussi des rechutes.

Gordon et Johnson n'obtiennent pas de résultats avec la tyrothricine.

Les sulfamides sont utilisés par Santos et Zagury.

Pérez et Blanchard les emploient sans grand succès.

Angelucci rapporte cependant de bons résultats tout au moins immédiats, en introduisant deux fois par jour pendant quatre à dix semaines 10 g. de la pâte suivante :

Sulfamide	15 %
Allantoïne	2 %
Lactose	5 %

Jirovec et Peter utilisent les sulfamides en association avec d'autres produits, les uns agissant sur le trichomonas, les autres sur les mycoses.

Les ovules préconisés par ces auteurs sont ainsi composés (1 g.) :

60 % d'un agent bactériostatique (sulfamides) ;

10 % d'un agent trichomonadocide (dérivés arsenicaux et iodés) ;

5 % d'un produit mycocide (acide borique abaissant en outre le *p*H vaginal) ;

10 % de lactose comme alimentation d'appui pour les bacilles de Doderdcïn ;

15 % de liant comme excipient (amidon).

Deux à trois fois par semaine, après un lavage du vagin, les malades doivent introduire deux ovules.

Un traitement exige de 20 à 40 ovules, mais souvent le traitement doit être prolongé.

Ces auteurs estiment que 50 % de leurs patientes ont été débarrassées de leurs trichomonas.

TRAITEMENTS MODIFIANT LE MILIEU

Par voie locale.

Certains auteurs se basant sur le fait que le trichomonas se développait surtout entre 5 et 6 cherchèrent à modifier le *p*H soit en l'abaissant, soit en l'élevant.

a) Pour acidifier le milieu vaginal :

— Greenhill, Allen, Butler et Bland préconisent les injections d'acide lactique à 0,5 % ou la mise en place de tablettes d'acide lactique.

— Brook, Bland frottent vulve et vagin au savon vert, rinçage au crésol à 1 %, séchage, puis font mettre tampon de glycérine boratée à 10 %, enfin injections d'acide lactique à 1/2 %.

b) Pour alcaliniser le vagin :

— Ruble fait mettre des ovules à la magnésie.

— Vayssière et Chossa donnent des injections de ClNa à 25 %.

Par voie générale.

Chappaz et Chatellier voient dans l'infestation du vagin par le trichomonas une conséquence du déficit folliculinique.

— Dans un premier temps ils essaient de neutraliser la flore microbienne d'accompagnement en donnant un traitement de huit jours, soit :

par le Gynoplix,
ou les ovules à la Furalone,
ou les ovules au Merfène,
ou le Dettol en solution à 5 %.

— Puis dans le but d'acidifier le vagin pour lui redonner son auto-défense, ils préconisent un traitement hormonal par la folliculine.

50.000 U.I. de benzoate ou de propionate d'œstradiol en I.M. tous les quatre jours pour atteindre en tout 300 à 400.000 U.I.

— A ces doses massives de folliculine succède l'implantation de bacilles de Doderleïn et l'administration d'œstrogènes d'entretien durant deux à quatre mois.

VACCINS

HIBBERT pensant au streptocoque, prépare un auto-bouillon vaccin streptococcique. Il l'utilise sous formes de tampon sur le col, et note des améliorations notables.

ADEODATO prépare un vaccin autogène et obtient 70 % de succès.

Pour obtenir ce vaccin, il additionne 2 gouttes d'alcool iodé à la sécrétion vaginale obtenue par aspiration et diluée au préalable dans de la solution physiologique dont 5 à 6 cc. suffisent si la sécrétion est peu abondante. Les germes sont détruits au bout de 5 à 10 minutes, la préparation peut être injectée par voie sous-cutanée à raison de 1/4 cc., 1/2 cc. 1 cc. et finalement 2 cc. comme maximum.

CRITIQUES ET ESSAIS DE TRAITEMENT

La multiplicité même des agents médicamenteux diversement employés, prouve que les différentes thérapeutiques ne sont pas toujours efficaces et que les résultats sont très inconstants.

Si certains produits donnent une cédation des symptômes et une apparence de guérison, l'important est la disparition effective du parasite contrôlée par l'examen de plusieurs prélèvements.

La plupart des promoteurs des différents traitements avouent des rechutes dans les semaines qui suivent l'arrêt du traitement ou, s'ils parlent de guérison, le manque de recul laisse sceptique sur ce terme.

La thérapeutique par l'implantation artificielle de bacilles de Doderleïn et l'essai d'acidification du vagin par des injections d'acide lactique est assez illusoire, et le milieu vaginal dès l'arrêt du traitement redevient ce qu'il était.

Le traitement hormonal préconisé par CHAPPAZ et CHATELLIER n'a pas le mérite de simplifier ni de raccourcir la durée des soins. D'autre part, des doses massives d'œstrogènes ne sont pas administrées sans causer un profond retentissement général et des risques de cancérisation.

De plus, « KESSEL a constaté sur des coupes en série de lésions de vaginites, l'existence d'une inflammation de la sous-muqueuse et de foyers de nécrose s'étendant jusqu'à la surface. Il pensait qu'il s'agissait de lésions dues à un processus toxique ou bactérien envahi secondairement par

le trichomonas. Mais le parasite en culture sur embryon de poulet altère très nettement les épithéliums et les fibroblastes » (GAILLARD). Il apparaît donc bien que c'est le trichomonas qui produit les délabrements de la muqueuse.

D. PERRIN constate sur les frottis la présence de cellules basales pendant toute l'infestation ; or après la disparition du trichomonas, les frottis montrent la reconstitution des assises de cellules œstrogènes et ceci sans traitement hormonal.

Les traitements employant la pénicilline ou les sulfamides risquent de provoquer en vain des pénicillino ou sulfamido-résistances, puisque ces produits sont inopérants contre le trichomonas. D'où inutilité de les associer à d'autres produits.

Les sulfamides peuvent aussi sensibiliser l'organisme vis-à-vis de certains corps chimiques (BENNOUN).

L'emploi d'un seul produit, doué d'un pouvoir trichomonicide certain, comme les détergents et mouillants, pendant un temps assez court, est évidemment très séduisant, la constance des malades étant mise à rude épreuve par des traitements prolongés. Mais il faudrait connaître les résultats éloignés de cette thérapeutique qui, à elle seule, ne nous a jamais donné de guérisons définitives (obs. XXIX, XXX, XXXI, XXXII).

Il est sûr que divers produits ont une efficacité réelle contre le trichomonas. Des expériences *in vitro* ont montré l'action trichomonicide des antiseptiques mercuriels, de certains composés arsenicaux, des dérivés d'ammonium.

L'expérience nous a montré qu'employés seuls, ces produits ne donnaient pas de résultats définitifs.

Nous pensons, de même que PEREZ et BLANCHARD, que l'efficacité d'un produit diminue pendant la durée du traitement comme si le trichomonas présentait une certaine accoutumance.

Il était donc logique d'établir un traitement qui mettrait en œuvre des produits efficaces et variés, et de prolonger le traitement assez longtemps pour ne pas permettre la survivance de formes de résistance du parasite qui récupéreraient leur pouvoir pathogène dès que les conditions redeviendraient favorables à son développement.

C'est ainsi que MASSÉ et PERRIN ont mis au point un traitement qui leur a donné de très bons résultats. Sur les très nombreux cas, plus d'une centaine, il y eut seulement 3 malades réfractaires.

Ce traitement fait appel aux trois produits suivants :

— *Le Merfène* (borate de phényl mercure) ;
— *Le Furalone* (furaldéhyde semi-carbazone) ;
— *Le Gynoplix* (acide acétylamino-oxyphényl-arsinique.

Le Merfène est employé sous forme d'ovule ;

en pommade : vita-merfène ;
en solution glycérinée : collu-merfène ;
en solution aqueuse : hydro-merfène.

Le Furalone est également appliqué sous forme d'ovule et de pommade.

Le Gynoplix est introduit dans le vagin sous forme de comprimé.

Le stovarsol est employé également en injections (gynarsol).

Les modalités du traitement sont les suivantes :

— Pendant 18 jours la malade introduit tous les soirs un ovule de Merfène profondément dans le vagin.

De plus elle effectue matin et soir un badigeonnage soigneux de la vulve avec du collu-merfène ou du vita-merfène.

Au début le médecin peut faire trois badigeonnages vulvo-vaginaux à quarante-huit heures d'intervalle avec la solution aqueuse de merfène à 0,66 °/oo.

Puis, pendant douze jours, sans interruption, la malade mettra tous les soirs un ovule de Furalone associé à un badigeonnage vulvaire biquotidien avec de la pommade au Furalone.

Ce traitement d'un mois étant terminé, on demande à la patiente d'introduire chaque soir deux comprimés de stovarsol pendant dix jours et ensuite un comprimé pendant vingt jours. En même temps la malade fait un lavage vulvaire, ou une injection biquotidienne avec du gynarsol.

Pendant la durée des règles les ovules au Merfène ou au Furalone peuvent être remplacés par les comprimés de gynoplix.

Il est très important de poursuivre le traitement pendant les règles.

Plus d'une centaine de malades furent traitées selon ces modalités.

Nous avons retenu parmi ces malades 25 cas qui ont été suivis et présentent l'avantage d'avoir un recul appréciable.

Les autres malades, sans doute guéries, ne reviennent pas ou bien ont été éliminées faute de recul suffisant.

Sur les 25 malades de nos observations qui ont suivi ce seul traitement type, 22 eurent une guérison clinique et confirmée par le laboratoire. Le terme de guérison peut être employé, car ces malades restent guéries après un laps de temps, variant de 6 mois à 2 ans et même 3 ans.

Les trois autres malades ne présentaient plus de signes cliniques et les prélèvements étaient négatifs après le traitement ; mais un an après elles eurent à nouveau des pertes et l'examen des frottis montra des trichomonas. Ils s'agissait sans doute de réinfestation.

Avec deux de ces malades un nouveau traitement identique au premier amena la guérison.

Chez la troisième, un dérivé de l'oxiquinoléine donna un bon résultat puisque la patiente ne présente plus de vaginite (obs. II).

Dans le but de raccourcir la durée du traitement, L. Massé et D. Perrin essayèrent d'autres produits.

Ce fut d'abord un dérivé de l'oxyquinoléine, sous forme de comprimé (sufanilamidothiazol-formaldéhyde 0,50, iodochloroxyquinoléine 0,25, méthylsulfate de p. stéarylaminophényl triméthylammonium 0,005).

Ces malades introduisaient 2 comprimés tous les soirs pendant quinze jours.

Mais les résultats ne furent pas constants.

Dans nos observations les malades reçurent ce traitement.

Pour quatre d'entre elles, après une amélioration des signes cliniques et une disparition transitoire du trichomonas sur les frottis, il y eut une rechute 15 à 20 jours après l'arrêt du traitement.

La cinquième malade fut guérie.

La conessine fut aussi expérimentée, sous forme d'ovule et de gelée pour le badigeonnage vulvaire.

Ce produit à lui seul n'a pas donné de résultat définitif.

Chez cinq de nos malades qui l'appliquèrent, il n'y eut pas de guérison.

Il apparaît cependant comme un bon médicament d'appoint, pouvant être associé au traitement type ou pouvant remplacer l'un des produits en cas d'intolérance.

L'auréomycine est employée sous forme de capsules à 0 g. 25 que l'on introduit dans le vagin tous les deux jours pendant quinze jours.

On fait une application de pommade à 3 % sur la vulve ou bien on débute par quatre séances de pulvérisations d'auréomycine en solution, sur le col, le vagin, la vulve, pulvérisations effectuées à 48 heures d'intervalle.

Neuf malades de nos observations appliquèrent ce traitement.

Sauf chez une malade, qui avait déjà subi, sans succès des traitements divers et chez qui l'auréomycine, malgré une certaine intolérance, amena la guérison (obs. X), pour les huit autres, le résultat fut négatif malgré une amélioration passagère.

De plus ce traitement est assez mal supporté, provoquant chez beaucoup de malades une grosse irritation vulvaire et périvulvaire.

Les agents mouillants et détergents furent essayés. On eu recours au méthosulfate de méthyl-phényl-dodécyl-triméthyl ammonium en injections biquotidiennes à raison d'une cuillère à café du produit, pour 1 l. 1/2 d'eau.

Associé à d'autres antiseptiques, ce produit donna de bons résultats, mais employé seul il ne donna jamais de guérison (obs. XXIX, XXX). Certains malades éprouvent de vives brûlures en prennant les injections.

Les produits employés dans le traitement type sont en général bien supportés.

Nous n'avons relevé dans nos observations que deux cas d'intolérance au borate de phényl mercure et deux cas où le stovarsol ne put être supporté.

Il apparaît donc que le traitement associant *Merfène-Furalone-Gynoplix* a donné de très bons résultats, résultats qui se révèlent constants, quand les malades se soumettent consciencieusement au traitement.

Il est très important pour que le traitement soit efficace de désinfecter soigneusement la vulve et ses replis.

Un autre point important est de continuer le traitement pendant les règles.

Enfin, on traitera les lésions concomitantes de cervicite.

Pendant et après le traitement, il faut éviter les réinfestations, aussi on ne saurait trop insister sur la nécessité de traiter le partenaire (à titre prophylactique on lui demande de faire un badigeonnage de la verge matin et soir avec du collu-merfène ou de la pommade au furalone pendant 21 jours. Il est difficile de traiter efficacement l'urètre et les vésicules séminales).

CONCLUSIONS

I. — La vaginite à Trichomonas est une affection très fréquemment rencontrée en gynécologie.

II. — Le diagnostic peut être fait extemporanément par l'examen au microscope des sécrétions fraîches.

D'autres méthodes plus longues sont également à la disposition du praticien pour confirmer son diagnostic.

III. — Bien que sa pathogénie soit encore mal connue, son étiologie semble bien démontrée et la vaginite à Trichomonas doit être considérée comme une maladie vénérienne.

IV. — Les symptômes cliniques sont assez classiques pour évoquer l'infection à Trichomonas chez un esprit averti.

V. — De nombreux traitements ont été proposés dans cette affection tenace.

Pour qu'un traitement soit efficace, cartaines conditions paraissent indispensables :

a) Employer des produits variés pour éviter l'accoutumance du parasite.

b) Eviter les réinfections et pour cela traiter le partenaire.

c) Désinfecter les repères habituels du Trichomonas : urètre, replis du vagin, culs-de-sacs vaginaux, vulve, glandes de Skene.

d) Traiter les lésions associées de cervicite, de métrite.

e) Un traitement local suffit à amener la guérison d'où l'inutilité d'une thérapeutique par voie générale.

L'association Merfène, Furalone, Gynoplix donne de très bons résultats durables permettant de parler de guérison. L'un ou l'autre de ces produits pouvant être remplacés utilement par la conessine, le désogène.

VI. — On ne peut pas parler de guérison si l'on n'a pas un recul suffisant, un an au minimum.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole. de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire, ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur : R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
L. MASSÉ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 20 Juillet 1953.

Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

1. Ackermann. — « L'infection à trichomonas vaginalis » (*Dermatol. Zeit.*, mai 1933).
2. Adeodato-Filho (J.). — « Contribuiçao clinica e therapeutica ao estudo da trichomoniax genitate femina » (*Brasil Medico*, 1937, t. LI, nº 11, p. 365).
3. Allante. — *La vaginite à trichomonas. Etude comparative de quelques chimiothérapiques utilisés dans son traitement* (thèse méd. Paris, 1952).
4. Adler (S.) et Sadowsky (A.). — « Intradermal reaction in trichomonos infection » (*Lancet*, 1947, 252, 267, 288).
5. Allen (E.) et Butler (S.). — « Trich. vaginalis vaginatis » (*Am. J. Obst. et Gyn.*, mars 1946, 51, 387, 394).
6. Allison. — « Le trichomonas constitue la septième maladie vénérienne » (*South. Amer. Med. J.*, 1943, 36, 823).
7. Andrewn (M.-N.). — *J. Trop. Med.*, 32, 237, 1929.
8. Angelucci (H.-M.). — « The treatment of trichomonas vaginitis with a sulfamid compound » (*Am. J. Obst. a Gun.*, 1945, 50, 338-340).
9. Bacheev. — « Traitement de la vaginite à trichomonas par la grammicidive » (*Obst. et Gyn. Moscou*, 1950, nº 6).
10. Baumeister et Hollinger (U.). — *In Arch. of Sur.*, 1941, 43, 433.
11. Bédrine. — « La vaginite à trichomonas » (*Echo Médical du Nord*, 1949, t. XX, nº 5, 185).
12. Belarbi (M.). — *La Trichomoniase génitale dans les deux sexes* (Paris, 1952, 1061. Dact., 37 p.).

13. Benedicto-Vega. — *Tr. Vag. Rev. Esp. de Obst. y Gin.*, 1934, 366.

14. Bensen. — « Untersuchen über trichomonas vaginalis des menschen » (*Arch. f. Protist. Kunse*, 1910, 18, 115-127).

15. Bennoun. — « Double danger d'un traitement de la vaginite à trichomonas » (*In Presse Médicale*, juil. 1951, n° 49, p. 1033).

16. Bernhard. — « Les germes pathogènes anaerobies dans la flore vaginale » (*Zeitschrift fur Gehurtshilfe und Gynækologie*, Stuttgart, 1947, 128, 3 (264-297) (Etude des symbioses entre gonocoques et anaerobies et entre trichomonas et anaerobies).

16*bis* Bianchi. — « Trich. Vag. » (*L'ospedale Maggiore*, 1939, 7 320).

17. Bierner. — *Zentr. Bl. f. Path.*, 2, 21, 1941.

18. Bishop. — *Parasitology*, 23, 129, 1931.

19. Biskind (L.-H.). — *The Lancet*, 229, 1049, 1052, 19, 1935.

20. Bland (P.-B.), Goldstein (L.) et Wenrich (D.-H.). — « Trich. vaginalis (*in Pregnancy. Am. J. Obst. a. Gynec.*, 21, 365, 1931).

21. Bonestell (A.-E.). — *J. Parasitol*, 22, 511, 1936.

22. Borrien (H.). — « Sur la recherche du trichomonas vaginalis » (*Ann. Biol. Cl.*, 1948, p. 530).

23. Boursat. — « Auto-défense vaginale et traitement des infections à trichomonas » (*Gyn. et Obst.*, 1938, 1, 73).

24. Brady. — « Le traitement par le bacille lactique de la vaginite à trichomonas » (*Am. Surg.*, mai 1942, 115, n° 5, pp. 840-848).

25. Bret (J.) et Bardiaux. — « Vaginite emphysémateuse et vaginite à trichomonas » (*Sem. des Hôpit. Paris*, 14 fév. 1953).

26. Brollo et Parcerida. — « Trichomonas vaginalis » (*Bol. Soc. Obst. y Gin.*, Buenos-Ayres, 1943, 22, 206).

27. Brumpt. — *Précis de Parasitologie*, Masson édit. Paris, 1935.

28. Burger (M.P.). — « Les vaginites à trichomonas » (*Gyn. et Obst.*, 1935, I, 837-842).

29. Cambies. — « Les trichomonas. Action pathogène. Nouvelle méthode de traitement » (*Soc. Franc. Gynécol.*, mars 1949).

30. Capek. — « Urétrite à flagellés chez l'homme » (*Méd. Klin.*, 7 oct. 1927, I, 535.

30 *bis*. — Caudiani (G.-B.). — « Sur quelques aspects anatomo-pathogènes de l'infection par trichomonas vaginalis » (*Rio. di Obst. e Gin.*, n° 6, 1952).

31. Chappaz (G.). — Vaginite à trichomonas » (*in Hormones sexuelles et Biologie du vagin*, Vigo édit., Paris, 1946).

32. Chappaz et Chatellier. — « Œstrogènes et traitement de la vaginite à trichomonas » (Congrès de Strasbourg, 1948).

33. Chappaz et Chatellier. — *Vaginites à trichomonas* (G. Doin et Cie Edit., Paris, 1951).

34. Cherry. — « Œstrog. Hormones in traitement of Tr. Vag. vaginitis » (*Am. J. Surg.*, 46, 358-361, 1939).

35. Chippaux (Mme). — *Recherches sur le trichomonas vaginalis dans la région de Marseille* (thèse Marseille, 1937).

36. Chippaux (C.), Chippaux (J.), Mathis. — « Le trichomonas vaginalis chez la femme noire togolaise » (*Méd. Trop. Marseille*, 1944, 4, 269 à 300).

37. Cleveland (L.-R.). — *Am. J. Hyg.*, 8, 232, 1928.

38. Cordon-Johnson et cal. — « Treatment of Trich. Vag. with tyrothricin » (*Am. J. Obst. Gyn.*, juil. 1948, t. LVI, p. 184).

38*bis* Courty (L.), Gaudefroy (M.), Ducateau (A.). — « Formes cliniques atypiques de la vaginite à trichomonas » (*Soc. Méd. et Anatomo-Clinique*, Lille, séance du 28 janvier 1953).

39. Dana (R.). — « Essai de traitement de la trichomoniase vaginale par les irradiations U.V. » (*Gynecologia*, Bâle, août 1950, pp. 96-102).

40. Dastibar (S.). — « Trichomonas Infection in the urine » (*Ind. Mod. Gazette*, 60, 160, 161).

41. Debiasi. — « Le problème du Trichomonas Vaginalis » (*Ann. Obst. Gyn.*, mars 1939).

42. De Siebenthal. — *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 65, V. 291, 1945.

43. Dobell (C.). — *Parasitology*, 26, 531, 1934.

44. Doflein. — *Ehrbuch Der Protozoenkunde*, 1909, 2, Aufl. Verlag-Fischer.

45. Donné (M.-A.). — *C. R. Académie des Sciences*, 1836, 3, 385, 386.

46. Dozortseva. — « Hypertonic sodium sol. in therapy of Vag. Trich. » (*Sovet. Urach. Zhur.*, 44, 121-124, 29 fév. 1940).

47. Dos Santos et Zagury. — « Trich. Vag. tratamento » (*Ann. Brasil. di Ginec.*, 1943, 16, 167-178).

48. Drumond (A.-C.). — *In American. J. of Surg.*, 1936, 41-48).

49. Dubuis (P.). — *Schweiz. Med. Wchschr.*, 74, 242, 1944.

50. Dufrenoy (J.) et Lanceron (M.). — « Utilisation en parasitologie des agents mouillants, détergents ou émulsifiants » (*Ann. Pars. Hum. et Comp.*, 1948, 23, 222-274).

51. Ewing (R.-E.) et Lemoine (M.). — « The diagnosis of Trich. vaginalis vaginitis » (*Surg. Gyn. Obst.*, 1934, 58, 192).

52. Fauchart. — *Rôle, carence en œstrog. ds étiol. vag. à trich.* (thèse Paris, 1948).

53. Farriols (J.). — *Archivos de Medicina, Chir. y Espec.*, 38 ou 30, pp. 52-56, n° 710, 1935.

54. Féo (L.-G.). — « The incidence and significance of Trich. vaginal. infestation in male » (*Am. J. Trop. Med.*, 1944, 24, 195-198).

55. Féo (L.-G.) et Stabler (R.-M.). — *Am. J. Hyg.*, 1943, 45, 529.

56. Filho (J.-A.). — « Vaccinothérapie antogène dans la trichomoniase vaginale » (*Obst. y Gin. Latino-Americanes*, 1947, n^{os} 1-2, 31.

56*bis* Firenze. — « La trichomonase vaginale dans les dysfonctions sexuelles » (*Rivista di obstetricia e Ginecologia*, nov. 1952).

57. Fleurette (G.). — *Les parasitoses à trichomonas vaginalis* (thèse Alger, 1950.

58. Florent (A.). — « Pouvoir agglutinant du mucus vaginal, vis-à-vis du trichomonas fœtus, dans la trichomonose du bétail ». (*C. R. Soc. Biol.*, 1947, 91, 957).

59. Florent (A.). — *C. R. Soc. Biol.*, 92, 406, 408.

60. Fuenzalida (S.). — *Bol. Soc. Chilena de Obst. y Ginec.*, 8, 393, 1943.

61. Gaillard. — *Presse Médicale*, nº 35, 21 mai 1952, p. 771.

61*bis* Furniss (A.-D.). — « Trichomonas vaginalis » (*Am. J. Obst. Gyn.*, 1928, 16, 870-880).

62. Geiger. — « Die Stellung der Tr. Vag. in der Biol. der Scheide. » (*Zeitschr. f. ob. and Gyn.*, 1936, 112, 79).

63. Gleen (J.-E.) et Bailey. — « Infection à trichomonas chez l'homme » (*Journal Urologie*, Baltimore, 66-2 (août 1951). p. 294-297, *in Semaine des Hôp.*, 18 fév. 1952, t. I, p. 541,

64. Glen, Liston et Chisholm. — *Journ. of Obs. and gyn. of British. Empir.*, 1947, 5 oct, 54, p. 592.

65. Greenblatt (R.-B.) et West (R.-M.). — « Antibiotics in the treatment of Tr. Vag. » (*J. Med. Assoc. Georgia*, 1949, 38, p. 350).

66. Greene (Harry). — « Terramycine in the treatment of Tr. Vag. Vaginitis. A report of 21 cases. » (*Antibiotics and chemiotherapy*, 1952, 2, 119-122).

67. Greenhill (J.-P.). — « Vaginal discharge due to trichomonas » (*Am. J. Obst. Gyn.*, 1928, 16, 870-880).

68. Godet (R.). — « Les Cervico-Vaginites » (*Bulletin Médical*, Paris, 1er sept. 1951, p. 379-382).

69. Goodall (A.). — « Specific Treatment for Trich. Vag. » (*Lancett* 1933, 2, 648).

70. Gosselin. — « La vaginite à trichomonas » (*Liège Méd.*, 1935, 33, 921).

71. Gotthilf. — « Zur Frage der Trich. Vag. » (*Wien. Med. Wachrs*, 1932, 22, 675).

72. Heese. — « Das Trichomonas problem » (I. *Klin. Wachr.*, 1931, p. 1176 ; II. *Klin. Wachr.*, 1931, p. 1223 ; III. *Klin. Wachr.*, 1935, p. 240).

73. Hees (E.). — « L'ascension du trichomonas vaginalis » (*Gyn. et Obst.*, 1936, 191).

74. Hegner (R.). — *J. Parasitol.*, 22, 511, 1936.

75. Henninot (E.). — « Il faut penser au trichomonas vaginalis » (*Ann. Biol. Clin.*, 1948, p. 385-386).

76. Hœhne (O.). — « Die Behandlung des Trichomonas Kolpitis » (*Zhj. für Gyn.*, 1916, n^{oo} 1 et 6).

77. Hochloff (A.). — « Nouvelles voies pour la trichomonothérapie » (*Zhl. für Gyn.*, 1934-1950).

78. Hoffman (W.). — « Etude de la prolifération du trichomonas vaginalis chez des guenons. Rhésus infectées artificiellement » (*Am. Journal of Obst. and Gyn. Saint-Louis*, n° 60, juil. 1950, pp. 224-225).

79. Hundley (J.-M.). — « Traitement de la vaginite à trichomonas » *Am. J. of Obst. and Gyn.* , vol. 60, n° 4, oct. 1950, p. 843).

80. Jacoby et Der Brucke. — « Clin. evaluation of pathog. of Tr. Vag. » (*Am. J. Surg.*, 1935, 414).

81. Jacoby et Der Brucke. — « Klin Auswert der Pathog. ven. Trich. Vag. » (*Zentrbl. f. Gyn.*, 1936, I, 577).

82. Jirovec (O.) et Peter (R.). — *Presse Médicale*, 23 octobre 1948.

83. Jirovec (O.) et Peter (R.). — « La trichomonose vaginale » (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 1949, 42, pp. 148-151).

84. Jirovec (O.) et Peter (R.). — « Vereinfachte Reinzuchtung der Trich. Vag. » (*Acta Trop.*, 1948, 5, 252-255).

85. Jirovec (O.) et Peter (R.). — *Dermatologica*, 1945, 91, 6, 319.

86. Johnson (G.) et Trussel (R.-E.). — « Experimental basis for the chemotherapy of Trich. Vag. infestation » (*Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, 1943, 54, 245-249).

87. Johnson (G.). — « Physiology of a bacter. culture of Trich. Vag. Effect of Hydrogène, ion concentration and oxygène tension on population » (*J. Parasitology*, 1942, 28, 369-379).

88. JOHNSON (G.), TRUSSELL (M.-H.), JAHN. — « Isolation of Trich. Vag. with penicillin » (*Sciences* 1945, 102-128).

89. JOHNSON (G.). — « The physiology of a bacteriafree culture of Tr. » (*J. Parasitology*, 1947, 33, 189-198).

90. JOHNSON (G.) et KUPFERBERG. — *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, mars 1948, 67, 390-392.

91. KARNAKY. — « Treatment of Trich. Vag. » (*Am. J. of Surgy*, 1940, 48, 216).

92. KASER. — « Zum Trich. Problem » (*Schw. Med. Wschrft*, 1943, 1021-1023).

93. KESSEL (J.-F.) et GAFFORD (J.-A.). — *Am. J. Obst. a Gyn..*, 1940, 39, 1005).

94. KIRBY (H.). — *J. Parasitoly*, 1943, 29, 422.

95. KISSLING (N.). — *Le Trichomonas Vaginalis. Son rôle en gynécologie* (thèse Genève, 1934). *Gyn. et Obst.*, 1934, 29, 116-145).

96. KUNSTLER (J.). — « Analyse microscopique des urines d'un malade atteint de pyélite consécutive à une opération de la taille » (*J. Méd. de Bordeaux*, 1883, 249).

97. KUPFERBERG (A.-B.). — *Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med.*, 1940, 45, 220).

98. LABHART. — « Vaginites à Trichomonas » (Congrès langue française, Alger, 1937).

99. LAFFONT et BOURGAREL. — *Bull. Soc. Fr. Gyn.*, 1947.

100. LAFFONT (A.), MANDOUL (R.), PESTRE (A.). — « Le traitement de la vaginite à trichomonas par certains mouillants cationiques » (*Rev. Fr. Gyn. et Obst.*, 1952, n^{oo} 3-4, p. 129).

101. LAURENT (Mlle). — « Vaginites à Trichomonas » (*Soc. Fr. Gyn.*, 16 mars 1942).

102. LECA (J.). — « Urétrite et trichomonas chez l'homme » (*J. Urologie Méd. et Chir.*, 1951, 57, 511, 513.)

103. LEVINSON. — « Diverses méthodes de traitement des vaginites à trichomonas » (*Obst. Gyn.*, Moscou, 1950, n^{o} 6).

104. Liston (A.). — « A study of Trich. Vag. in Hosp. Prad. Edimbourg » (*J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 1939, 46, 474).

105. Lowenstein. — « Contrib. rtobl. of Trich. » (*Fluor Herefuch.*, 1940, 18).

106. Lynch (K.-M.). — *Am. J. Trop. Dis. and Prov. Med.*, 1915, 677-634.

107. Mac Donald (E.-M.) et Tatoma (L.). — « In vitro action of various chemical Agent ou Tr. Vag. » (*J. of Immunology*, 1948, 59, 301-308).

108. Macway (L.), Raymond (L.), Lairo (J.), Flanagan (B.), Runt (H.-S.). — « Le traitement de la vaginite à trichomonas par l'auréomycine » (*Proc. Soc. Exp. Biol. et Med.*, 1949, dec., vol. 72).

109. Makara (U.), Rechnitz. — « Biol. and Morph. of Tr. Vag. » (*Magyar Orvosi Arch.*, 1938, 39, 19).

110. Malpas. — « Trich. Vagin. » (*Lancett*, 1932, 223, 1111).

111. Mandovl (R.), Pautrizel (R.), Dargelos (R.). — « La forme de résistance des trichomonas humains » (*Ann. Par. Hum. et Courp.*, 1946, 21, 241-245).

112. Mandoul (R.), Dargelos (R.). — *C. R. Soc. de Biol.*, 1945, 139-847-848).

113. Mandoul (R.), Fleurette (G.). — « Trichomonese du vagin chez la femme musulmane » (*In Presse Médicale*, 14 oct. 1950, n° 64, p. 1133).

114. Marcel (J.-E.), Fabre (M.). — *Gyn. Méd.*, Maloine, Paris, 1947, p. 362.

115. Martin (M.-P.). — « Dépistage dans Vaginites à trichomonas et leur traitement » (*Presse Méd.*, 27 mars 1950, n° 33, p. 594).

116. Martin-Misson (Mlle). — « Traitement de la Vaginite à trichomonas » (*Journ. Méd. de Bordeaux*, 129, 12 déc. 1952, pp. 1173-1174).

117. Marz. — *Zentr. Bl. f. Path.*, 1934, 2, 21.

118. Massé (L.), Perrin (D.). — « La vulvo-vaginite à trichomonas est-elle une maladie vénérienne ? » (*C. R. Congrès Fr. de Gyn.*, mai-juin 1950, p. 92 ; *In Presse Médicale*, 9 sept. 1950, n° 55, p. 954).

119. Massé (L.), Perrin (D.). — « Notions pratiques sur le traitement de la vaginite à trichomonas (*Gyn. Pratique*, 1952, t. III, n° , p. 15).

120. Matters. — « Trichomonas vaginalis » (*M. J. Austral.*, 1932, I, 434).

121. Matters. — « Trich. Vag. and Treatment » (*M. J. Austral.*, 1950, I, 693).

122. Michon (A.). — *Gyn. Obst.*, 1939, 40, t. 40.

123. Mintz. — « Trich. Vag. Vaginitis » (*M. Rec.*, 1941, 153, 365).

124. Moffet, Young, Stuart. — « The value of a new-transport medium for gonococci and trichomonas » (*B. R. Soc. de Biol.*, 1941, 135, 1206).

125. Mohr (H.). — *Zschr. f. Gebh. u. Gynecol. Bd*, 115.

126. Molfino, Perez, Chalon. — « Trichomonas Vaginalis » (*La Semaine Médicale*, 1941, 48, 1446).

127. Morenas (N.). — « Sur la nutrition du trichomonas vaginalis d'après sa structure et ses aptitudes culturales » (*C. R. Soc. de Biol.*, 1941, 135, 1206).

128. Morenas (N.). — « Modes de contaminations par Trichomonas Vaginalis » (*Soc. Nat. de Méd.*, 1945, 21, 257).

129. Moore. — « Trichomoniasis Vag. » (*Klin. Med.*, 1941, 74).

130. Mouyade (A.). — *La Trichomonose humaine à Trichomonas Vaginalis* (thèse Bordeaux, 1949).

130*bis* Mayfield (R.-C.). — « Role de l'auréomycine dans la production du prurit de la vulve », n° 62, 2 (août 1951) (*Am. J. Obs. Gyn. Saint-Louis*, pp. 452-453).

131. Netter, Philipps et James. — « Note préliminaire sur le traitement de la vaginite à trichomonas par un antipaludéen de

132. Nitschke (P.-H.). — « Trichomonas Vaginalis Infestation in the male » (*J. Am. of Med. Assoc.*, 1936, 108, 12, 14).

133. Nouak. — « Traitement rapide et simple de la vaginite à trichomonas » (*Urol. Cut. Rev.*, fév. 1986, 80).

134. Ogha (A.), Aoji. — « On the tr. vag. in the Japanae momen. » (*Am. J. of Obst. a. Gyn.*, 1935, 30, 338).

135. Pautrizel (R.). — « Le diagnostic biologique des affections à trichomonas vaginalis » (*Communications Soc. Pharmacie de Bordeaux*, avril 1949).

136. Perez, Arenas, Blanchard. — « New Contrib. at tratam. Tr. Vag. » (*R. M. C. A.*, 1941, 5, 313).

137. Persico. — *Trichomonas Vaginalis* (thèse Buenos-Ayres, 1941).

138. Peter. — *Traitement Chimoth. de l'Infection à Trichomonas Vaginalis*, Paris, 1947, 19, 332.

139. Peter (R.), Jirovec (O.) et Vesely (K.). — « Chimiotherapy de l'infection vaginale à trichomonas. Expérimentation clinique des nouvelles combinaisons de substances médicamenteuses associées » (*Dermatoligiga*, Bâle, 1951, 102, pp. 11-24).

140. Peterson. — « Trich. Vag. comparative study of Treatm. and incidences » (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1938, 35, 1004).

141. Pierce (A.-E.) et Morgan (B.-B.). — « La chimiothérapie de tr. fœtus dans l'embryon de poulet. I. Technique de la culture. II. Triage expérimental des médicaments » (*In the J. of infections Deseases*, Chicago, juil.-août 1950, pp. 93-98).

142. Platt (G.-H.), Seaman (J.), Hadgraft (J.-W.). — « Traitement de l'Infection à trichomonas par le « Penotrane » » (*British Medical Journal*, Londres, 25 août 1951, p. 452).

143. Pohl. — « Der generations wechsel bei trichomonas vaginalis » (*Erlangen mang. Dissert*, 1926).

144. Powel (W.-N.). — *Am. J. Hyg.*, 1936, 24, 145.

145. Provazek (U.). — *Handbuch der Gynakologie* » (Halbau-Seitz, Edit.).

146. Przytuda. — « Incidence and pathog. of Vag. Trich. » (*Gniek. Polska*, 1937, 16, 314).

147. Rakoff. — « Mari en tant que contaminateur de la femme » (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, 1941, 42, 276-280).

148. Reich (W.-J.), Button (H.-L.), Nechtow (M.-J.). — « Treatment of Tr. Vag. » (*Surgeon Gyn. Obst.*, 1947, 84, 891-896).

149. Rieper. — « Tratamento de vag. tr. vag. » (*An. Brasil. de Ginec.*, 1943, 8, 257-267).

150. Riff (M.). — « Le trichomonas vaginalis agent pathogène » (*Strasbourg Médical*, 15 février 1932).

151. Rivière (M.), Chastrusse et Wolf. — « Sur la présence de tr. dans les urines d'une femme enceinte » (*Gyn. et Obst.*, 1944-1945, 348).

152. Robatchevski. — « Principes et thérapeutique rationnelle de la trichomoniase vaginale » (*Obst. et Gyn.*, Moscou, 1950, n° 6).

153. Rodecurt. — « Uber die behandelalg der trichomonas colpitis mit « Yatren 105 » (*Z. B. L. fur Gyn.*, 1930-1933).

154. Rodecurt. — « Uber trichomonas vaginalis en hand einer roundfrage » (*Schr. f. Gyn. u. Gebh.*, 1932, 102, I).

155. Rodecurt (M.). — « Neve Belege f. die pathogen. Bedentung der Trich. vag. » (*Zentrbl. f. Gyn.*, 1936, 60, 567).

156. Rodecurt (M.). — Fehler in der Trichom. behandlung » (*Zschrft. Artzl. Forschied*, 1937, 8, 230).

157. Roth (R.-B.). — *In Vener. dis. Inf.*, 1944, 25, 163.

158. Ruble. — « Trich. Vagin. » (*North west Med. J.*, 1934, 33, 14).

159. Schmid et Kammiker. — « Trichomonas Vaginalis. Ihre Klinische Bedentung Morphologie und Therapie » (*Arch. fur Gyn.*, 1926, 127, 362-383).

160. Senghor (J.). — *Recherches sur le trichomonas vaginalis. Données cliniques et bactériologiques. Rôle pathogène* (thèse Paris 1951, dact. 60 pp.).

161. Shroder et Loser. — « Dis Trich. Kolpitis » (*Zsch. f. Gebh. u. Gynak.*, 1937, 49, 1).

162. Shelanski (H.-A.). — « Incidence and diagnosis of « T. U. » in a. clinical group. » (*J. Par.*, 26, suppl. 1940, 21).

163. Sicard (A.), Pariente (M.), Godet (R.). — « La couessine dans le traitement de la vaginite à trichomonas » (*In Presse Médicale*, 29 juill. 1950, n° 48, p. 853).

164. Sieglers (L.). — « A new method of treatment for vaginitis and cervicitis « (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1946, 52, I, 13).

165. Solal (R.). — « Vaginite hémorragique post-ménauposique et trichomonas vaginalis » (*In Presse Médicale*, 30 déc. 1950, n° 83, p. 1508).

166. Sorel (C.). — *Contribution à l'étude du trichomonas vaginalis chez l'homme* (thèse Paris, 1951).
« Le trichomonas vaginalis chez l'homme » (*Journal Urologie Méd. et Chir.*, Paris, 1952, 58, 34, pp. 109-117).

167. Soubirou, Duliscouet et Gaudin. — « Balanite ulcéreuse à trichomonas vaginalis » (*Bull. Soc. Path. Exot.*, 1938, 31, 52, 55).

168. Stabler (R.-M.). — « Survival time of intravaginaly implanted trich. hominis » (*J. Pars.*, 1941, 27, 32).

169. Stein. — « Trich. Vag. » (*Am. J. Nursing*, 1937, 37, 748).

170. Stephanovitch (P.). — *Gaz. Méd. de France*, oct. 1950, 57, n° 29.

171. Strain (R.-E.). — « Trichomonas vag. in male » (*J. of Urol.*, 1945, 54, 483-485).

172. Streit (K.). — *Zsch. f. Gebh. u. Gynak.*, 1937, 114, 2e H.

173. Sure (J.-H.) et Bercey (J.-E.). — « Emploi de la Quinine en insuflation dans le traitement de la Vaginite à trichomonas » (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1933, 25, 136).

174. Tempe (G.). — « Le trichomonas vaginalis dans les leucorrhées » (*Gyn. Obst.*, 1936, 34, 201-206).

175. Tribalet (J.). — « Résultats de recherche systématique du trichomonas en gynécologie » (*C. R. Soc. Fr. Gyn.*, 21 fév. 1949, p. 48).

176. Trussel (R.-E.). — *Trichomonas Vaginalis and Trichomoniasis*, 1947, Spingfield, III, U.S.A.

177. Trussel (R.-E.), Wilson (M.-E.). — « Vaginal Trichomoniasis complement fixation puerperal morbity and early infection of new-boru infants » (*Am. J. Gyn. Obst.*, 1942, 44, 292).

178. Trussel, Wilson. — « Inocul. with pur cult of tr. vag. and fœtus » (*J. Infect. Dis.*, 1941, 69, 18).

179. Trussel. — « Experim. and clin. trich. vag. » (*J. Lowa. Med. Soc.*, 1940, 30, 66).

180. Trussel (A.), Blass. — « Pathog. and Physiol. of pure culture of tr. vag. » (*Am. J. of Obst. a. Gyn.*, 1940, 40, 883).

181. Ulrich (P.). — « Fausses blennorragies » (*C. R. Soc. Fr. Gyn.*, déc. 1949).

182. Varangot (J.) et Zaidman (H.). — « Traitement de la Vaginite à Trichomonas par le Furalone » (*Semaine des Hôp. de Paris*, 22 juill. 1948, nº 55, 24, 1805-1806.

183. Vaudescal. — « Vaginites à Trichomonas » (*Annales de Méd. Prat.*, 1936, 774).

184. Vayssière. — « Champignons protozoaires et vulvo-vaginites » (*Prat. Méd. Fr.*, 1937, 18, 148).

185. Vayssière et Chippaux. — « Vaginite à trichomonas » (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1938).

185*bis* Vercesi (Carlo). — « Recherches biologique et clinique sur l'infection par le trichomonas vaginalis » (*Annali di Ost. et Gin.*, nº 1, 1952).

186. Vermelin et Dombray. — « Vaginites à trichomonas » (*Bull Soc. Obst. et Gyn.*, 1935, 24, 417).

187. Vic (M.). — « La Furalone dans le traitement de la vaginite à trichomonas » (*Soc. Gyn. Obst.*, séance du 4 déc. 1950).

188. Vignes. — « Vaginites à trichomonas » (*Presse Médicale*, 1932, nº 22, 417).

189. Vignes. — « Vaginites à trichomonas » (*Journal des Praticiens*, 1948, 14, 74).

190. WENRICH (D.-H.). — « Comparative Morphology of the trichomonas flagellates of man » (*Am. J. Tropical. Med.*, 1944, 24, 39, 47). Note Préliminaire *In J. Paras.*, 1942, 28, 12.

191. WENRICH (D.-H.). — « Espèces de trichomonas parasites de l'homme » (*J. Paras. Lancaster*, 1947, 33, 177-188).

192. WETER-PHILIPPS et JAMES. — « Note préliminaire sur le traitement de la vaginite à trichomonas par un antipaludéen de synthèse : le 3377 R.P. »

193. WHITTINGTON (M.-J.). — « Présence du trichomonas vaginalis dans le sperme » (*J. of obs. and Gyn. of the British. Empire*, Londres, août 1951, 58, 4, pp. 614-619).

194. WITZIG. — « Vaginites à trichomonas » (*C. R. Soc. Fr. de Gyn.* oct. 1948, n° 8, 294-300).

195. WITZIG et CHATILLON. — « Merfen et Vag. à Trich. » (*Praxis*, 1948, 37, 14, 175-194).

196. YUNG (R.-L.). — « Trichomoniase chez le mâle » (*Rochy Mountains Medical Journal*, nov. 1949, t. 46, n° 11, pp. 928-931).

197. ZELICOVICI. — *Journal Urologie*, 1938.

198. ZINGER. — « Trich. Vag. dans le cycle menstruel » (*Geb. u. Frauenheil*, 1941, 4, 188).

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. SAMIE
21-23, rue Teulère

—

1953

Dépôt légal N° 15.439 — 3e Trimestre 1953